

חברה ורווחה

SOCIETY and WELFARE

דבעון לעבודה סוציאלית

**חוברת מיוחדת:
עבודה סוציאלית בתחום הבריאות**

עורכות-אורחות:
ד"ר שירי שנאן-אלטמן וד"ר ליהא אברבנאל כנעני

חברי המערכת:

יוסף (אסי) אהרונוב
משרד העבודה, הרווחה
והשירותים החברתיים

ליאת איילון
אוניברסיטת בר-אילן

אלי בוכבינדר
אוניברסיטת חיפה

אשר בן אריה
האוניברסיטה העברית

יעל גירון
המכללה האקדמית צפת

אורלי דביר
איגוד העובדים הסוציאליים

הילה חיים-צוויג
משרד העבודה, הרווחה
והשירותים החברתיים

יאירה חממה-רז
אוניברסיטת אריאל

ענבל חרמוני
איגוד העובדים הסוציאליים

אהרון יורק
האגודה לקידום העבודה
הסוציאלית

איילה כהן
המכללה האקדמית תל-חי

כרמית כץ
אוניברסיטת תל אביב

אורית נוטמן-שורץ
המכללה האקדמית ספיר

ורד סלונים-נבו
אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

שלהבת עטר-שוורץ
האוניברסיטה העברית

עינת פלד
אוניברסיטת תל אביב

אייל קלונובר
המכללה האקדמית אשקלון

רונית ראובן אבן זהב
המרכז האקדמי רופין

דיויד רועה
אוניברסיטת חיפה

כתב העת **חברה ורווחה**, המתפרסם אחת לרבעון, נועד להרחיב ולהעמיק את הידע התאורטי, המחקרי והיישומי של עובדים סוציאליים בישראל ושל אנשי מקצועות רווחה אחרים, כגון פסיכולוגים, סוציולוגים, קרימינולוגים ועובדי בריאות הציבור. כתב העת מפרסם מאמרים אמפיריים ועיוניים על-פי אמות מידה אקדמיות, העוסקים בהיבטים שונים ומגוונים של רווחה ברמת הפרט, המשפחה, הקהילה והחברה, ושיש להם השלכות על התפיסה ועל ההבנה של סוגיות חברה ורווחה שונות, על דרכי התערבות ועל מדיניות.

מערכת כתב העת **חברה ורווחה** תשקול את פרסומם של מאמרים שטרם פורסמו בלבד, המתאימים לתחומי העניין של כתב העת, כפי שתקבע מזמן לזמן מערכת כתב העת.

הכללים הנהוגים בכתב העת **חברה ורווחה** מבטיחים שהליכי ההערכה של המאמרים שנשלחים אליו יהיו אובייקטיביים, איכותיים ויעילים, ועולים בקנה אחד עם המדיניות של כתב העת. סוגי המאמרים כוללים: מחקרים אמפיריים בשיטה כמותנית או איכותנית (בהיקף של עד 9,000 מילים); תיאור התערבות ייחודית - "חוכמת המעשה" (בהיקף של עד 6,000 מילים); מאמרי סקירה וביקורת על גישה תאורטית, על התערבות או על מדיניות (בהיקף של עד 6,000 מילים); מאמרי פרספקטיבה - גישה חדשנית לטיפול בתופעה או בסוגיה חברתית מהותית (בהיקף של עד 3,000 מילים). כל המאמרים עוברים תהליך שיפוט מדעי לקבלת חוות הדעת על-פי קריטריונים אחידים.

כתבי היד יישלחו לכתב העת **חברה ורווחה** בגרסה עדכנית של תוכנת וורד, ברווח כפול, בגופנים (פונט) Times New Roman או David, גודל 12, בהתאם להנחיות הכנת מאמר המפורטות בעמוד **חברה ורווחה** באתר משרד הרווחה בכתובת להלן. יש לשלוח את כתב היד בארבעה קבצים נפרדים לכתובת הדואר האלקטרוני של המערכת (socwelf@gmail.com). כתבי יד אשר לא יוכנו לפי כל ההנחיות יוחזרו למחברים.

עמוד **חברה ורווחה** באתר משרד הרווחה:

http://www.molsa.gov.il/CommunityInfo/Magazine/Pages/RM_05_03.aspx

מען המערכת:

פרופ' ורדה סוסקולני, עורכת ראשית
ביה"ס לעבודה סוציאלית ע"ש לואיס וגבי וייספלד
אוניברסיטת בר-אילן

רמת גן 5290002

דוא"ל המערכת: socwelf@gmail.com

הפצה ואינטרנט:

לאה כהן - אחראית על הפצה

אגף בכיר למחקר תכנון והכשרה, משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים
רחוב יפו 234, בניין חפציבה, ירושלים

טלפון: 02-5085792-074-7177262, פקס: 02-5085792

דואר אלקטרוני: leac@molsa.gov.il

עיצוב והנגשה: רונן דוד, סטודיו ACC - www.acc.org.il

חברה ורוחה

רבעון לעבודה סוציאלית

www.molsa.gov.il

עורכת ראשית:

פרופ' ורדה סוסקולני

עורך מדור סוקרים ספרים:

ד"ר רוני אלפנדר

עורכת לשון:

דנה שילר

עורכת לשון באנגלית:

מימי שניידרמן

רכזת המערכת:

הדר עיני

סיון - תמוז, תשפ"א

יוני 2021

כרך מ"א

2

כתב העת יוצא לאור על ידי משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים והאגודה לקידום העבודה הסוציאלית, בשיתוף מועצת בית הספר לעבודה סוציאלית בישראל

ISSN 0334-4029

חוברת מיוחדת:

עבודה סוציאלית בתחום הבריאות

עורכות-אורחות: ד"ר שירי שנאן-אלטמן וד"ר ליזה אברבנאל כנעני

תוכן עניינים

- 171 דבר העורכת הראשית
- 172 דבר העורכות-האורחות
שירי שנאן-אלטמן וליזה אברבנאל כנעני
- 174 אז מה זה להיות עו"ס מלונות הקורונה?
שוהם סמסון - העתק פוסט שפורסם ב-9 במאי 2021
- 176 "איך שעולם מסתובב לו": תגובות נפשיות למגפת
הקורונה והשלכות לעבודה סוציאלית
שירי שנאן-אלטמן, ליזה אברבנאל כנעני וורדה סוסקולני
- 191 ניהול שירותי עבודה סוציאלית במערכת הבריאות בקהילה
בתקופת מגפת הקורונה
נטע הראל, ליזה אברבנאל כנעני, ישי קום, נורית איתן גוטמן,
טובה כץ ומלכה פרגר
- 206 תרומת העובדים הסוציאליים למערכת הבריאות בקהילה
בישראל והאתגרים שעימם הם מתמודדים
טלי צינמון, פאולה פדר-בוביס
- 232 מודל ISOAPS לתיעוד בעבודה סוציאלית: יישום בשירותי
בריאות כללית
שיר דפנה-תקוע, נורית איתן גוטמן ואורי בלה
- 258 שימוש בפרקטיקה מבוססת ראיות לצורכי פיתוח, הטמעה,
ויישום הערכה פסיכו-סוציאלית במחלקת שיקום ילדים
יערה שדה, תמר זילברג, דינה אלעד, פנינה ליבר, וונדי חן, רחל
דקל, דפנה גוטמן, עמיחי ברזנר וז'אנה לנדה
- 277 חוויות היריון ולידה והקשר לתסמיני דיכאון לאחר לידה
בקרב נשים מזרמים שונים בחברה החרדית בישראל
שמרית פרינס-אנגלסמן וג'ולי צוויקל
- סוקרים ספרים**
- 295 עוצמת הדרך - התמודדות משפחתית עם מחלה
ומוגבלות: מודלים טיפוליים
רנה פייגין, מרגלית דרורי ושואל נבון
סוקרת: שירי שנאן-אלטמן
- חדש על המדף - סוקר: רוני אלפנדר
- 297 מפרויד עד איין ראנד: פרקים בתולדות רגש האשמה בעידן
הקפיטליסטי
עודד גולדברג
- 297 הבעיה היא הפיתרון: טיפול ביחיד, בזוג ובמשפחה בגישה
פונקציונלית-דיאלקטית-מערכתית
משה אלמגור טיקוצקי
- 298 דורות של תקווה: מסורת והעברה בין-דורית עם העלייה
מאת יופיה
נעמי שמואל
- 298 מקרה מעניין
נאוה וויסבורד ארד
- 302 תקצירים באנגלית

המשתתפים בחוברת:

ד"ר ליזה אברנאל כנעני

המחלקה לעבודה סוציאלית ויחסי חבר, מכבי שירותי בריאות

עו"ס נורית איתן גוטמן

השירות לעבודה סוציאלית, שירותי בריאות כללית

ד"ר דינה אלעד

מחלקת שיקום ילדים, בית החולים אדמונד ולילי ספרא, המרכז הרפואי שיבא, תל השומר

ד"ר אורי בלה

המחלקה לרפואה דחופה – ילדים, מרכז רפואי קפלן; הפקולטה לרפואה, האוניברסיטה העברית בירושלים

ד"ר עמיחי ברזנר

מחלקת שיקום ילדים, בית החולים אדמונד ולילי ספרא, המרכז הרפואי שיבא, תל השומר

ד"ר דפנה גוטמן

מחלקת שיקום ילדים, בית החולים אדמונד ולילי ספרא, המרכז הרפואי שיבא, תל השומר

פרופ' שיר דפנה-תקוע

הפקולטה לעבודה סוציאלית, המכללה האקדמית אשקלון; השירות לעבודה סוציאלית, מרכז רפואי קפלן

פרופ' רחל דקל

בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש לואיס וגבי וייספלד, אוניברסיטת בר-אילן

עו"ס נטע הראל

השירות הארצי לעבודה סוציאלית, משרד הבריאות

ד"ר תמר זילברג

מחלקת שיקום ילדים, בית החולים אדמונד ולילי ספרא, המרכז הרפואי שיבא, תל השומר; המחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן

ד"ר וונדי חן

השירות הסוציאלי, המרכז הרפואי שיבא, תל השומר

עו"ס טובה כץ

השירות לעבודה סוציאלית, לאומית שירותי בריאות

גב' פנינה ליבר

פסיכולוגית, מחלקת שיקום ילדים, בית החולים אדמונד ולילי ספרא, המרכז הרפואי שיבא, תל השומר

ד"ר ז'אנה לנדה

מחלקת שיקום ילדים, בית החולים אדמונד ולילי ספרא, המרכז הרפואי שיבא, תל השומר; הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב

פרופ' ורדה סוסקולני

בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש לואיס וגבי וייספלד, אוניברסיטת בר-אילן (בגמלאות)

עו"ס שוהם סמסון

עו"ס מלונות הבידוד וההחלמה, משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים

ד"ר פאולה פדר-בוביס

המחלקה למדיניות וניהול מערכות בריאות, הפקולטה למדעי הבריאות והפקולטה לניהול ע"ש גילפורד גלייזר, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

עו"ס מלכה פרג

השירות הארצי לעבודה סוציאלית, משרד הבריאות

ד"ר שמרית פרינס-אנגלסמן

הפקולטה לעבודה סוציאלית, המכללה האקדמית אשקלון

פרופ' ג'ולי צוויקל

המחלקה ע"ש שפיצר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב; המרכז לחקר וקידום בריאות האישה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

עו"ס טלי צינמון

דוקטורנטית במחלקה למדיניות וניהול מערכות בריאות, הפקולטה למדעי הבריאות והפקולטה לניהול ע"ש גילפורד גלייזר, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

עו"ס ישי קום

המחלקה לעבודה סוציאלית, קופת חולים מאוחדת

עו"ס יערה שדה

מחלקת שיקום ילדים, בית החולים אדמונד ולילי ספרא, המרכז הרפואי שיבא, תל השומר; דוקטורנטית בבית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש לואיס וגבי וייספלד, אוניברסיטת בר-אילן

ד"ר שירי שנאן-אלטמן

בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש לואיס וגבי וייספלד, אוניברסיטת בר-אילן

דבר העורכת הראשית

החוברת המיוחדת הנוכחית בנושא "עבודה סוציאלית בתחום הבריאות", בעריכת ד"ר שירי שנאן-אלטמן וד"ר ליזה אברבנאל כנעני, באה להאיר מגוון נושאים שבהם עוסקים עובדים סוציאליים במחקר ובשדה בארץ בתחום זה. העורכות-האורחות עמלו על תכנון החוברת, ליוו את המאמרים בכל תהליכי השיפוט, ותרמו רבות להקפדה על רמתם המדעית. אני מבקשת להודות להן על השותפות הפורה בהכנת חוברת בנושא הקרוב לליבי, שכן שלושתנו קשורות לתחום הבריאות.

תהליך הכנת חוברת זו לא היה רגיל. לאחר שהקול הקורא פורסם בחוברת ל"ט 4, דצמבר 2019, באה המציאות וטפחה על פנינו, מציאות שהוכתבה באופן אירוני בשל גורם בריאותי: מגפת הקורונה. הגבנו בהארכת מועד הגשת המאמרים וקראנו להכללת נושא הקורונה. אך המצב בחודשים הראשונים של ההתמודדות בארץ, ובמיוחד העומס הרב על העובדים במערכת הבריאות, לא אפשרו לרבים, להערכתנו, להתפנות לכתיבה, ומאמר אחד בלבד בנושא הגיע למערכת 'חברה ורווחה'. הגיעו מאמרים בנושאים שבשגרה במערכת הבריאות, אך חלקם לא התקבלו לפרסום לאחר תהליך השיפוט. לפיכך, יזמנו - העורכות-האורחות ואנוכי - כתיבת מאמר סקירה בנושא הקורונה. בדבר העורכות-האורחות שלהלן הן מפרטות את המאמרים וכולם, להערכתנו, מעשירים את הידע המחקרי והאמפירי הקיים בישראל בתחום הבריאות.

במדור 'סוקרים ספרים', הספר שסקרה שירי שנאן-אלטמן עוסק אף הוא בתחום הבריאות. "עוצמת הדרך - התמודדות משפחתית עם מחלה ומוגבלות, מודלים טיפוליים" שחיברו רנה פייגין, מרגלית דרורי ושאלו נבון. רוני אלפנדרי סקר ספרים חדשים שהתקבלו במערכת במדור 'חדש על המדף'.

הכנת החוברת הנוכחית נמצאה בעיצומה במהלך ולאחר סיום מבצע "שומר חומות", מצב מלחמה שהשפיע על כל האוכלוסייה האזרחית בישראל, בעודה מתחילה להתאושש מהשפעות מגפת הקורונה. אלו היו ימים מלאי מתח, חששות מהטילים והזדהות עם כאבם של אלו שספגו פגיעה ברכוש או בנפש. לא ניתן להתעלם שוב מביטויי אי-השוויון בישראל, הפעם במוגנות של תושבים מאוכלוסיות מוחלשות, המתגוררים בדירות ללא נגישות מהירה לממ"ד או למקלט. חובה עלינו כעובדים סוציאליים לפעול בכל הדרכים על-מנת לשפר את המוכנות של אוכלוסיות אלו.

לעניין אחר שאיני יכולה להתעלם ממנו. האקדמיה ומקצוע העבודה הסוציאלית עברו לאחרונה טלטלה עזה עם פרסום המקרה של מרצה באחד המוסדות האקדמיים בארץ החשוד שביצע עבירות מין בבתו. אני מגנה כל מקרה של פגיעה מינית, ומביעה תמיכה במתלוננת שאזרה אומץ להתלונן. עם זאת, במקרה מיוחד זה, אני מבקשת להתייחס גם להשלכות על עמיתים רבים; להלם ולתגובות הרגשיות שחווים אנשי הסגל, הסטודנטים והבוגרים במוסד שבו לימד, חוקרים ואנשי מקצוע שהיו שותפים לעשייה המדעית והמקצועית שלו, ואחרים שרק הכירו והוקירו את עבודתו. אף הם זקוקים הן לתמיכה רגשית ומעשית בתהליך ההתמודדות שלהם והן לשיקום האמון, כי המרצים באקדמיה ואנשי המקצועות הטיפוליים, בפרט בעבודה סוציאלית, מונחים על-ידי ערכים אישיים ומקצועיים ללא רבב.

פרופ' ורדה סוסקולני

העורכת הראשית

דבר העורכות-האורחות

חוברת מיוחדת זו מוקדשת ל"עבודה סוציאלית בתחום הבריאות", והיא כוללת שישה מאמרים העוסקים בנושא זה מזוויות שונות. הקול הקורא לחוברת הופץ לראשונה טרם התפרצות נגיף הקורונה בישראל, והזמין מאמרים המתמקדים בסוגיות שונות המשקפות את המחקר ואת תחומי הפעילות המרכזיים שבהם עוסקים חוקרים ועובדים סוציאליים בתחום הבריאות.

מערכת הבריאות בישראל מתמודדת עם אתגרים רבים הקשורים בעלייה בתחלואה הכרונית, בהזדקנות האוכלוסייה, בתמורות מהירות בעולם הרפואה, בחדשנות טכנולוגית ובשינויים בדרכי מתן הטיפול. אתגרים אלו מועצמים בשל תת-תקצוב של מערכת הבריאות הציבורית ובשל אי-שוויון בבריאות בין מגזרים באוכלוסייה. העובדים הסוציאליים במערכת הבריאות הם חלק בלתי נפרד מהצוות הרב-מקצועי, ומשתתפים באופן פעיל בהתמודדות המערכת עם אתגרים אלו. במקביל, חלה בעשורים האחרונים התפתחות מתמדת במחקר על תחומי טיפול, על אוכלוסיות מטופלים ועל הערכת התערבויות אשר קידמו, וממשיכים לקדם ידע ייחודי ופרקטיקה מבוססת ראיות בעבודה הסוציאלית בתחום הבריאות. חלק מהמאמרים בחוברת זו מוקדשים לכך. החוברת כוללת מאמרים השופכים אור על סוגיות תאורטיות ופרקטיות שעימן מתמודדים עובדים סוציאליים בהתערבויות טיפוליות עם אנשים חולים ועם בני משפחותיהם, כמו גם כלים לשיפור הערכת ההתערבות הטיפולית של עובדים סוציאליים במערכת הבריאות.

אולם עם פרוץ מגפת הקורונה, התחדדו עוד יותר התפקידים שעובדים סוציאליים קיבלו על עצמם במערכת הבריאות, ועל כן הרחבנו את הקול הקורא גם למאמרים בנושאים הקשורים לעבודה סוציאלית בתקופת הקורונה. המציאות החדשה והפתאומית חיבה את העובדים הסוציאליים בכלל ובמערכת הבריאות בפרט להתמודד עם איום בריאותי כלל עולמי בשילוב הגבלות שהוטלו על המשק ועל החברה הישראלית. במציאות זו, עובדים סוציאליים במערכת הבריאות נמצאו בחזית ההתמודדות עם נגיף הקורונה, ונאלצו לסייע ולהתמודד עם חששות ופחדים אשר נבעו ממאפייני הנגיף והטיפול בו: פחד מסכנת הידבקות ומחשיפת משפחותיהם לנגיף, כמו גם צער על אובדן מטופלים ובני משפחה. בהתאמה לכללי הריחוק החברתי השתנו ערוצי הטיפול והועברו ברובם לטיפול מרחוק, תוך שימוש באמצעים דיגיטליים. לנוכח כל אתגרי התקופה, חשיבותם של העובדים הסוציאליים בשירותי הבריאות בלטה במיוחד. ייתכן שבשל האילוצים האלו בתקופה הראשונה של הקורונה התקבל, לצערנו, רק מאמר אחד שהוקדש לתקופת הקורונה במענה לקול הקורא. אנו יזמנו בשיתוף העורכת הראשית כתיבת מאמר סקירה מיוחד להרחבת היריעה על המגפה. בנוסף, בחרנו לפרסם פוסט של שוהם סמסון אשר הייתה עובדת סוציאלית של כל מלונות הקורונה בזמן המגפה. שוהם מתארת בפוסט בצורה מרגשת את התפקיד הייחודי של עבודתה בתקופה מאתגרת זו.

המאמרים בחוברת מציגים הן נושאים מיוחדים לתקופת הקורונה (שני המאמרים הראשונים) והן נושאים שבשגרה (ארבעה מאמרים): במאמר הראשון, אנו, שירי שנאן-אלטמן וליזה אברבנאל כנעני עם ורדה סוסקולני יחד מציגות סקירת מאמרים שמטרתה לתת תמונת מצב על התגובות הנפשיות להשלכות הבריאותיות, הכלכליות והחברתיות של מגפת הקורונה, כשנה לאחר ההתפשטות העולמית, ובדגש על הידוע מישראל. מאמר סקירה זה מציג את השכיחות הגבוהה של מצוקה נפשית במגוון אוכלוסיות, את גורמי הסיכון למצוקה נפשית את גורמי ההגנה מפני מצוקה נפשית ואת ההשלכות של ממצאים אלו על הפרקטיקה בעבודה סוציאלית.

במאמר השני, נטע הראל, ליזה אברבנאל כנעני, ישי קום, נורית איתן גוטמן, טובה כץ ומלכה פרגר, מנהלות שירותים סוציאליים בקופות החולים ובמשרד הבריאות, מציגות את אתגרי הניהול של שירותי העבודה הסוציאלית במהלך ההתמודדות עם מגפת הקורונה תוך התייחסות לשלושה היבטים: הראשון, התמודדות עם אירוע חירום בריאותי; השני, המיצוב של העבודה הסוציאלית בשירותי הבריאות בקהילה; והשלישי, חוויית הניהול והאתגרים הנלווים לו בתקופה זו.

ארבעת המאמרים הבאים מציגים נושאים מגוונים בשירותי העבודה הסוציאלית במערכת הבריאות בזמני שגרה. הראשון עוסק בתפיסות תפקיד העובדים הסוציאליים, והאחרים מציגים דוגמאות שונות למאמצים של אנשי המקצוע לשפר את דרכי ההערכה של התערבויות העובדים הסוציאליים ואת דרכי האיתור של מטופלים בסיכון פסיכו-סוציאלי.

טלי צינמון ופאולה פדר-בוביס מתארות מיפוי של תפיסות של עובדים סוציאליים באשר לתרומתם לשירותי הרפואה בקהילה בישראל ובאשר לאתגרים במסגרת תפקידם. ממצאי מחקרן מדגישים את האתגרים של העובדים הסוציאליים בשמירת ערכי המקצוע ובהבהרת הזהות והגבולות המקצועיים שלהם בהקשר של מערכת הבריאות כ"סביבה מארכת".

שיר דפנה-תקוע, נורית איתן גוטמן ואורי בלה מציגים יישום של מודל כתיבה ביו-פסיכו-סוציאלי ב"שירותי בריאות כללית" (ISOAPS). במאמר זה מוצג שיתוף פעולה בין האקדמיה והשדה בעבודה סוציאלית על-ידי התאמת מודל הכתיבה הרפואי SOAP לעבודה סוציאלית במערכת הבריאות. הכותבים מדגימים את המודל ואת השינוי שחל בעקבות הטמעת המודל בקרב כ-730 עובדים סוציאליים בקהילה ובבתי החולים.

יערה שדה, תמר זילברג, דינה אלעד, פנינה ליבר, וונדי חן, רחלי דקל, דפנה גוטמן, עמיחי ברזנר וזאנה לנדה חברו לכתיבת מאמר המציג תהליכי פיתוח והטמעה של הערכה פסיכו-סוציאלית מבוססת ראיות במחלקת שיקום ילדים בבית חולים, שאליה מגיעים ילדים אחרי אירועים רפואיים-טראומטיים. ממצאי המחקר מלמדים כי ביצוע הערכה פסיכו-סוציאלית שיטתית בשיקום הינו חיוני לצורך קבלת החלטות טיפוליות שקולות המבוססות על ראיות עדכניות.

שמרית פרינס-אנגלסמן וג'ולי צוויקל חקרו חוויית סובייקטיביות של היריון ולידה ושל דיכאון לאחר לידה (דל"ל) בקרב נשים מזרמים שונים בחברה החרדית בישראל. במאמרן מתייחסות הכותבות לזרמים השונים בחברה החרדית (ליטאי, חסידי, ספרדי) ומציגות הבדלים בין הזרמים בנוגע להתמודדות נשים עם דל"ל. המחקר מלמד אילו משתנים מנבאים דל"ל ומציג המלצות להתערבות טיפולית.

אנו מודות לכל השותפים שעסקו בהבאת חוברת מיוחדת זו לדפוס. אנו תקווה כי החוברת תרחיב את הידע עבור קוראי כתב העת 'חברה ורווחה', ותעלה את המודעות לחשיבותה ולייחודה של העבודה הסוציאלית בתחום הבריאות.

שירי שגן-אלטמן וליזה אברבנאל כנעני
עורכות-אורחות

אז מה זה להיות עו"ס מלונות הקורונה?

שוהם סמסון

העתק פוסט שפורסם ב-9 במאי 2021

"להיות עו"ס מלונות הקורונה בישראל אומר להמציא תפקיד חדש מאפס.

זה אומר להתחיל לעבוד לפני שבע בבוקר ולא לסגור את המחשב עד תשע בלילה כל יום, שבעה ימים בשבוע, שנה שלמה.

להיות עו"ס מלונות הקורונה אומר ללמוד ביום אחד עשרות מונחים רפואיים וצבאיים. להיות היחידה על אזרחי כשכולם מסביבך על מדים.

זה אומר להכניס למלון אישה ממקלט שהתגלתה כחולה בקורונה ולגלות שכן דוד שלה עובד במקרה במטבח במלון. זה לגלות ארבעה ימים אחר-כך שעוד שמונה נשים נדבקו ולהתמודד עם השאלה האם להכניס ילדים בריאים למלון חולים כי האימהות מחויבות בבידוד?

לתמוך במשך שבוע במשפחה שלא רוצה להשתחרר הביתה ולהבין שבמלון סוף סוף יש לילדים אוכל שלא כמו בבית והם פשוט התביישו להגיד...

להיות עו"ס מלונות הקורונה אומר לחבק וירטואלית את הבחור שלא הספיק להיפרד מאביו שגסס ועד שהצליח להיכנס לישראל גילה כי הגיע מאוחר מדי.

זה אומר להכיל את רגשות האשמה של אישה בת 65 שבעלה כרגע מונשם בטיפול נמרץ לאחר שנדבק ממנה.

להיות עו"ס מלונות הקורונה זה אומר לענות לטלפון ביום כיפור כדי לסדר מלון להומלס שהתגלה כחולה וכרגע יושב במרכז תל אביב ומחכה להנחיות. זה אומר לשמוע אותו שבועיים לאחר מכן מודה לי על על המקלחות החמות והארוכות שלא זכה להן כבר שנים. להכיל את ההודיה והפער בשינה במלון 5 כוכבים והמחשבות על היציאה חזרה לספסל ברחוב.

להיות עו"ס מלונות הקורונה אומר לענות באמצע הלילה לשיחה דחופה של בחורה צעירה שנפגעה מינית במלון, לתמוך בה ולתאם יציאה ממוגנת לחדר 4 במקביל לטיפול מול המשטרה בפוגע כשהוא חולה מאומת לקורונה.

זה לתמוך בצעירה בזנות במשך שבועיים בבידוד רק כי "הלקוח" שלה טרח לספר לה שהוא מאומת אחרי שהלך.

זה לדבר עם תושב חוזר שברח חזרה לישראל אחרי שלא היה פה עשרים שנה ולהבין כי הוא הגיע עם ילד קטן בלי שקל בארנק.

זה לקבל שיחה מעו"ס חוק נוער עם התהייה מה לעשות עם נער בן 16 שזקוק לבידוד ואימו לא מוכנה שייכנס הביתה וידביק את שאר המשפחה, אך איני יכולה להכניסו למלון ללא אפטרופוס.

זה לקבל טלפון מפקוד העורף בשישי בערב שמישהו הניח סלקל עם תינוק בפתח המלון.

זה להתמודד עם שאלות כמו איך מטפלים והאם מכניסים למלון גבר שקיבל צו הרחקה בעקבות אלימות והתגלה כחולה מאומת? לאן לשלוח אותו? ומה עושים כשבשיחה עם גבר שעכשיו נחת את מבינה שהוא בעיצומו של התקף פסיכטי?

איך מגיבים כשמדברים עם אישה שמספרת לך בלחש שבעלה בחדר השני בביתם מאיים על חייה ומתחננת לעזרה לברוח למלון חולים עם התינוק בריא?

להיות עו"ס לבד על מעל 25 מלונות ברחבי הארץ וכמה עשרות אלפי אנשים בשיא גל התחלואה.. להשתתף בוועדת חריגים ולהחליט את מי לפטור מבידוד בכפייה על רקע סוציאלי מבין מאות הבקשות שנכנסות בכל יום.

האם לשחרר את ההורים שהשמיים נסגרו עליהם וסופ'ש באנגליה הפך לחודשיים שבהם לא ראו את ילדיהם? את הצעיר שבוכה שאין מי שייתן אוכל לכלבים שלו כבר שלושה ימים? את האישה שסובלת מהתקף קלסטרופוביה או את הגבר שעומד עם שני ילדים בחלון ומאיים להתאבד?

ומה עושים כשיש אם חד-הורית במלון עם ארבעה ילדים ומד"א מעדכנים כי היא חייבת להתפנות לבי"ח דחוף? להתמודד עם הסוגיה מי נכנס למלון לטפל בתינוק?

למדתי להכיר את עבודת הקודש של העו"סים המדהימים של קופות החולים ושל מערך בריאות הנפש, של משרד הבריאות, של משרד הקליטה ובמיוחד עו"סיות של משרד הרווחה. אנשים שהתגייסו ועמדו לצידי בכל שעה. הכרתי אנשי מקצוע מרשימים וחברים לחיים. תודה לכם.

בשנה האחרונה עבדתי הכי קשה בחיים שלי. אבל את הרגעים האנושיים שאף אחד מאיתנו לא יכול היה לדמיין, את הסיטואציות הסוציאליות שנקלענו אליהם ואת מאות האנשים המיוחדים שעבדו לצידי ושזכיתי להכיר – אני לעולם לא אשכח.

בכל סיום גל וסגירת מלונות קיוויתי עם כולם שאולי הפעם זה נגמר. גם היום אני מלאה בתקווה שהפעם זה באמת מאחורינו."

"איך שעולם מסתובב לו": תגובות נפשיות למגפת הקורונה והשלכות לעבודה סוציאלית

שירי שנאן-אלטמן, ליזה אברבנאל כנעני וורדה סוסקולני

תקציר

רקע: מאז פרוץ מגפת הקורונה הצטברו עדויות רבות מרחבי העולם על התגובות הנפשיות להשלכות הבריאותיות, הכלכליות, התעסוקתיות והחברתיות שיש למגפה.

מטרת המאמר: להציג תמונת מצב, כשנה לאחר ההתפשטות העולמית, על התגובות הנפשיות להשלכות של מגפת הקורונה בקרב אוכלוסיות שהיו הפגיעות ביותר, ובדגש על הידוע מישראל.

שיטה: סיכום מחקרים וסקירות שיטתיות על מצוקה נפשית כללית, דיכאון וחרדה בקרב האוכלוסייה הכללית, אוכלוסיות הזקנים, החולים במחלות כרוניות, ובקרב אלו שהיו בקו הראשון של המגפה – צוותים רפואיים, חולי קורונה ומחלימים. הנושאים שנסקרו כללו את שכיחות התגובות הנפשיות, את גורמי הסיכון ואת דרכי ההגנה מפני תגובות אלו.

ממצאים: בכל האוכלוסיות שנסקרו נמצאו עדויות עקביות על רמות גבוהות של מצוקה נפשית או של דיכאון ושל חרדה. שיעורי מצוקה נפשית היו הגבוהים ביותר בקרב חולי קורונה וחולים במחלות כרוניות, אחריהם – אנשי צוות רפואי, והשיעורים הנמוכים ביותר היו באוכלוסייה הכללית, ובתוכה נמוכים יותר בקרב זקנים. סימפטומים של פוסט-טראומה היו גבוהים בקרב חולי קורונה וצוות רפואי. גורמים פסיכו-סוציאליים נמצאו כגורמי סיכון (לדוגמה, בדידות ושחיקה בקרב צוותים רפואיים) או כגורמי הגנה (חוסן נפשי, תמיכה חברתית).

מסקנות והשלכות לפרקטיקה: השיעורים הגבוהים של חרדה ושל דיכאון שנמצאו מראים שיש חשיבות לתכנון התערבויות בהתאם למאפייני האוכלוסייה ולשינויים במהלך המגפה. נדרשים מחקרי אורך להערכת המשך השפעת המגפה על כלל האוכלוסיות שסקרנו ועל אוכלוסיות פגיעות אחרות. לעבודה הסוציאלית תפקיד חשוב במהלך התמודדות עם מגפות, ויש להיערך להכשרות ולהתאמת עוזרים ושיטות טיפול.

מילות מפתח: קורונה, תגובות נפשיות, אוכלוסייה כללית, צוותים רפואיים, חולי קורונה ומחלימים, עבודה סוציאלית

מבוא

נגיף הקורונה (COVID-19) גורם למחלה זיהומית ומדבקת, אשר פרצה לראשונה בסין בדצמבר 2019, והתפשטה במהירות ברחבי העולם לכדי מגפה עולמית שהביאה לתחלואה רבה ולתמותה (Jiang et al., 2020). לפי נתוני ארגון הבריאות העולמי (WHO, 2021), נכון לתחילת אפריל 2021 מספר האנשים שנדבקו בקורונה היה 131,309,792; מספר האנשים שנפטרו מהנגיף היה 2,854,276. בישראל, 834,822 אנשים נדבקו בנגיף ו-6,253 נפטרו. החל מחודש ינואר 2021 ניתנה לכל אזרחי ישראל מעל גיל 16 האפשרות להתחסן כנגד הנגיף (משרד הבריאות, 2021). מעבר להשלכות הבריאותיות, לאמצעים שננקטו במאמץ לבלימת התפשטות מגפת הקורונה (סגרים מלאים או חלקיים, ריחוק חברתי, חובת בידוד ועוד) היו השלכות כלכליות וחברתיות נרחבות: פגיעה חמורה בתעסוקה ובכלכלה, פגיעה בחופש הפרט, שינויים בקשרים משפחתיים וחברתיים ושינויים באספקת שירותי בריאות ושירותים אחרים.

המאמר הנוכחי בא לתת תמונת מצב על התגובות הנפשיות להשלכות הבריאותיות, הכלכליות והחברתיות של מגפת הקורונה, כשנה לאחר ההתפשטות העולמית, ובדגש על הידוע מישראל. מטרת המאמר הינה להציג ממצאים בולטים ומגמות של שינויים במדדי מצוקה נפשית, ולהאיר גורמים מסבירים לתגובות הנפשיות, הן כגורמי סיכון והן כגורמי הגנה. במאמר בחרנו להתמקד באוכלוסיות שעמדו במרכז תשומת הלב הכללית והמחקרית, משום שמהעדויות המחקריות עליהן ניכרות מגמות ברורות: האוכלוסייה הכללית ובתוכה אוכלוסיית הזקנים והחולים במחלות כרוניות (אשר הוגדרו בסיכון גבוה להיפגע מהשלכות בריאותיות של הקורונה), ואלו שהיו בקו הראשון של המגפה, דהיינו, צוותים רפואיים כמו גם חולי קורונה ומחלימים מקורונה. לא כללנו אוכלוסיות פגיעות אחרות, כגון ילדים ובני נוער, אנשים החיים בעוני, בני משפחה של חולים ונפטרים; ולא כללנו תגובות אבל ושכול שהעדויות עליהן מתחילות להצטבר בחודשים האחרונים. בפרק הסיום נרחיב על הנושאים שבהם יש להמשיך ולהעמיק ועל המלצות למחקר ולפרקטיקה בעבודה סוציאלית.

ברצוננו לציין כי ישנה שונות רבה במחקרים מבחינת המדינה שבה נערך המחקר, ומבחינת המדיניות שננקטה בכל מדינה לבלימת המגפה: שונות חברתית ותרבותית בין האוכלוסיות ושיטות המחקר השונות שננקטו. לדוגמה, הבדלים בין מחקרים המושתתים על מדגמים מייצגים לעומת מדגמי נוחות; דרכי איסוף הנתונים; מדדי המצב הנפשי שנבחרו לבדיקה. במסגרת המאמר הנוכחי לא יכולנו להשוות באופן שיטתי בין מחקרים לפי ההבדלים האלו, ועל כן הצבענו על עקביות בממצאים ובמגמות של שינוי, והסתמכנו, ככל האפשר, על מאמרי סקירות מחקרים שיטתיות, אם היו.

סקירת התגובות הנפשיות בתקופת הקורונה

א. האוכלוסייה הכללית

מאז התפרצות מגפת הקורונה, בדומה למשברים בעקבות מגפות קודמות (Brooks et al., 2020), הצטברו עדויות עקביות על השלכותיה על הבריאות הנפשית של האוכלוסייה הכללית. הנתונים הצביעו על עלייה בתחושת לחץ ועל רמות גבוהות של מצוקה נפשית, בעיקר דיכאון וחרדה ואף תגובות פוסט-טראומטיות (Salehi et al., 2021; Wu et al., 2020). במחקר שנערך בקרב הציבור הרחב בסין בתקופה הראשונה, 53.8% דירגו את ההשפעה הפסיכולוגית של התפרצות הנגיף כבינונית או

כקשה (Wang C et al., 2020). בסקירת ספרות שיטתית שכללה מחקרים שפורסמו עד מאי 2020 על מדינות באסיה, באירופה ובארצות הברית, השונות הייתה גבוהה, אך ברובם נמצאו שיעורים גבוהים של תסמיני חרדה (6.3% עד 50.9%), של דיכאון (14.6% עד 48.3%), של הפרעת דחק פוסט-טראומטית (7% עד 53.8%), של מצוקה פסיכולוגית (34.4% עד 38%) ושל מתח (8.1% עד 81.9%) (Xiong et al., 2020). בניית-על (meta-analysis) של ממצאי מחקרים שפורסמו בחצי השנה הראשונה מאז פרוץ המגפה דווח כי אחד מכל שלושה מבוגרים באוכלוסייה הכללית סובל ממצוקה רגשית הקשורה לנגיף הקורונה (Wang Y, Kala, & Jafar, 2020). השלכות המגפה הביאו גם לעלייה בתחושת הבדידות, שהגיעה ל-27% באוכלוסייה הכללית בבריטניה (Groarke et al., 2020), ולשינויים אחרים בתפקוד, כגון ירידה ביכולת הריכוז, נדודי שינה, פרודוקטיביות ירודה ועימותים בין-אישיים (Xiong et al., 2020).

ברבים מהמחקרים ציינו כי המקור העיקרי לתגובות אלו היה פחד מהמחלה או מהשלכותיה הכלכליות והחברתיות: פחד של אנשים לחלות בקורונה או למות מהנגיף, חשש שבני משפחה וקרובים אחרים יחלו (Fiorillo & Gorwood, 2020); פגיעה בפרנסה או בעבודה (Raihan, 2020), ריחוק משפחתי-חברתי וירידה בקשרים חברתיים ובבילויים (Wang C et al., 2020). מעניין לציין כי בשלוש מדינות (בריטניה, ארצות הברית וישראל) לא נמצאו הבדלים בין מקור בריאותי או כלכלי לחרדה בגלל הקורונה, ושניהם היו גבוהים יותר מחרדה מבידוד חברתי או מפגיעה בחיי השגרה (Bareket-Bojmel, 2020; Shahar, & Margalit, 2020).

בישראל, בעיצומו של הסגר הראשון במרץ 2020, רבים מהמשתתפים במחקר שנערך בציבור הרחב דיווחו על דאגה (77.4%), על פחד (62.8%) ועל תחושת לחץ (55.3%) מנגיף הקורונה (Levkovich & Shinan-Altman, 2020). במחקר אחר מאפריל 2020 נמצאו רמות גבוהות של חרדה וסיכון לדיכאון, אך רק מעטים מהמשתתפים (6%) פנו לטיפול נפשי (Shapiro, Levine, & Kay, 2020). מחודש אפריל 2020 ערכה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס, 2020א) מספר גלים של סקר החוסן האזרחי באוכלוסייה בתקופת משבר הקורונה, אשר מלמדים כי תחושות של לחץ וחרדה, דיכאון ובדידות השתנו עם הזמן. בסקר הגל הראשון (אפריל 2020) נמצא כי 34.3% דיווחו על תחושת לחץ וחרדה, 16.4% על דיכאון ו-23.5% על תחושת בדידות. בסקר הגל השני (אמצע מאי 2020) 33.4% דיווחו על לחץ וחרדה, 16.2% על דיכאון, בדומה לגל הראשון, ותחושת בדידות ירדה ל-18.4%. בסקר הגל השלישי (יולי 2020) הייתה עלייה בתחושת לחץ וחרדה ל-42%, עלייה בדיכאון ל-21% ותחושת בדידות - 19%. בסקר הרביעי (נובמבר 2020, לאחר הסגר השני), 37% דיווחו עדיין על לחץ וחרדה, 19% דיווחו על דיכאון, ותחושת בדידות ליוותה 21% מהאוכלוסייה.

אחד הממצאים העקביים ביותר בנוגע להבדלים בתגובות הנפשיות בכלל האוכלוסייה היו ההבדלים לפי מגדר. רמות דיכאון וחרדה היו גבוהות יותר בקרב נשים לעומת גברים (Luo M et al., 2020; Rossi R et al., 2020; Wang C et al., 2020). הנתונים משקפים אומנם הבדלים מגדריים ידועים במצוקה נפשית (WHO, 2006), אך עם זאת, מאירים את הפגיעות הרבה יותר של נשים בכלל האוכלוסייה בתגובה למגפה.

ב. אוכלוסיית הזקנים

מתחילת המגפה, כל העדויות האפידמיולוגיות הצביעו כי זקנים נמצאים בסיכון גבוה יותר לתחלואה קשה ולתמותה ממחלת הקורונה בהשוואה לשאר האוכלוסייה (Chen et al., 2020). בדומה, גם בישראל, עיקר התחלואה הקשה והתמותה מהקורונה היו בקרב בני 80 ומעלה עם מחלות רקע,

ושיעורי התמותה בקרב בני 80 ומעלה לעומת גילאי 50-59 עמדו על 22% ו-1.3% בהתאמה (משרד הבריאות, אפריל 2020). נתונים אלו הובילו להנחיות על ריחוק חברתי ועל הימנעות ממגע עם זקנים, הן בקהילה והן במסגרות דיור מוגן ומוסדות סיעודיים, כדי להגן עליהם מבחינה רפואית. החשש היה כי הסיכון הרפואי הגבוה יותר, הריחוק החברתי והבידוד החמור שנכפה על הזקנים יביא לסיכון גבוה יותר לבדידות ולבעיות נפשיות לעומת שאר האוכלוסייה. הנתונים הצביעו על שונות רבה בין מדינות בשיעורי המצוקה הנפשית בקרב זקנים המתגוררים בקהילה: לדוגמה, בסקירה של מחקרים ממדינות שונות בזמן סגר שיעורי חרדה נעו מ-8.3% לכ-50%, ושיעורי דיכאון מ-15% ל-47% (Sepulveda et al., 2020). גם לאחר סגר נמצאו שיעורים גבוהים: באוסטרליה, שיעורי דיכאון וחרדה היו 33% ו-20% בהתאמה (Strutt et al., 2021), ובישראל לאחר הסגר הראשון, 30% מהזקנים דיווחו על לחץ וחרדה, 19% על דיכאון, ו-30% על בדידות (למ"ס, 2020).

עם זאת, ככל שהצטברו העדויות המחקריות, התקבלה תמונה עקבית שסתרה את החשש כי אוכלוסיית הזקנים היא פגיעה ביותר מבחינה נפשית. הזקנים לא נמצאו בסיכון גבוה מבחינה נפשית בהשוואה למצבם לפני המגפה או לעומת מבוגרים צעירים יותר. בהשוואה לזמני שגרה, חלק מצאו עלייה ברמת החרדה אך לא בדיכאון (Adams et al., 2021), או רמות דומות לאלו שבשגרה, לדוגמה, בגרמניה (Roehr, Reininghaus, & Riedel-Heller, 2020) ובישראל (ג'וינט ישראל אשל, 2020; Shechory, Bitton & Laufer, 2021).

השוואות למבוגרים צעירים יותר חיזקו עוד יותר את המסקנה על רמות מצוקה נפשית נמוכות יותר בקרב זקנים. סקירות שיטתיות על האוכלוסייה הכללית הראו קשר שלילי בין גיל לבין מדדי דכאון, חרדה או מצוקה נפשית (Wang C et al., 2020; Xiong et al., 2020), וכך עלה ממחקרים בקרב זקנים בספרד (Garcia-Fernandez, 2020), בארצות הברית ובקנדה (Vahia, Jeste, & Reynolds, 2020) ובישראל (Palgi et al., 2020; Shechory et al., 2021). ממצאים אחרים מישראל הצביעו שאין עקביות בכיוון הקשר בכל מדדי המצוקה: שיעור לחץ וחרדה בקרב בני 65 ומעלה היה נמוך יותר מאשר בכלל האוכלוסייה, אולם, שיעורי דיכאון ובדידות היו גבוהים יותר (למ"ס, אפריל 2020).

נתונים מעניינים נוספים עלו מממצאי מחקרים לאורך זמן. במעקב בקרב האוכלוסייה הכללית בספרד נמצא ששיעורי הדיכאון היו נמוכים יותר בגילאים הגבוהים יותר בכל המעקב; אולם, בכל הגילאים הם השתנו לאורך זמן בצורה של עקומה קעורה (צורת U, גבוהים בתקופה הראשונה, ירדו אך חזרו והיו גבוהים לאחר כמה חודשים) (Losada-Baltar et al., 2021). בישראל נמצאו נתונים סותרים. בעוד שסקרים של ג'וינט ישראל אשל (2020) שנערכו במאי ובספטמבר 2020 הצביעו על עלייה משמעותית בשיעורי דיכאון בקרב זקנים (24% ו-36% בהתאמה), הסקרים של הלמ"ס (2020, א, 2020) באפריל ובנובמבר הראו ירידה קלה בשיעורי דיכאון (19% ו-16% בהתאמה), וללא שינוי בלחץ ובחרדה (30% בשני הסקרים).

ג. חולים במחלות כרוניות

ביחס לאוכלוסייה הכללית, חולים במחלות כרוניות נמצאו בסיכון בריאותי ורגשי גבוה יותר במשבר הקורונה (Luo Y et al., 2020; Xiong et al., 2020). פרוגנוזה חמורה יותר של תחלואה בקורונה דווחה באופן עקבי עבור חולים במחלות כרוניות, כגון יתר לחץ דם, מחלות לב וכלי דם, סוכרת, מחלות ריאות וסרטן (Grasselli et al., 2020; Wang B et al., 2020). מצבים אלו הביאו לכך שתפיסת הסיכון של אנשים עם

מחלות כרוניות לחלות בקורונה הייתה גבוהה יחסית, כמו גם ההשלכות הנפשיות של ההתמודדות עם הנגיף כפי שהראו רמות גבוהות של דיכאון וחרדה (Umucu & Lee, 2020). כך, לדוגמה, בקרב חולי סוכרת נמצא כי יחסי הגומלין בין התמודדות עם הסוכרת, תפיסת הסיכון להידבק בנגיף הקורונה ומצבים נפשיים כמו דיכאון וחרדה יצרו התמודדות מורכבת עבור חולים אלה (Singhai et al., 2020). אכן, תחלואה כפולה כמו סוכרת ודיכאון עלולה להחמיר בתקופת הקורונה בשל תחושת לחץ גבוהה, שינויים בתזונה ובפעילות גופנית עקב ריחוק חברתי ובידוד עצמי, כמו גם עיכוב בבדיקות רפואיות. כל אלה עלולים להוביל להיענות נמוכה יותר לטיפול, לשליטה נמוכה יותר ברמות הסוכר כמו גם שיעורי תמותה גבוהים יותר (Bana et al., 2020). מעבר להשלכות אלו, אחת התופעות הבולטות בקרב חולים כרוניים בתקופת התפרצות נגיף הקורונה הייתה ירידה בצריכת שירותי בריאות (Giamello et al., 2020). נתון זה הינו מדהים, שכן ירידה בצריכת שירותי בריאות נמצאה קשורה לפגיעה במדדים קליניים-רפואיים (Wang et al., 2012), ועלולה להביא לכך שתגובות נפשיות לא יטופלו בעיתוי מתאים. גם מחקרים שנערכו בישראל בקרב חולות סרטן השד (Shinan-Altman, Levkovich, & Tavori, 2020) ובחדר מיון במרכז רפואי גדול בצפון (Basis et al., 2020) מצאו ירידה מובהקת בצריכת שירותי בריאות.

ד. עובדי מערכת הבריאות

מסקנה גורפת ממגפות קודמות שחייבו סגר ובידוד הייתה כי נדרשת תשומת לב מיוחדת לעובדי מערכת הבריאות (Brooks et al., 2020). אכן, ההתמודדות עם נגיף הקורונה הפעילה לחץ חסר תקדים על מערכות הבריאות ויש לה השלכות מרחיקות לכת על מצבם הנפשי של הצוותים המטפלים (Cole et al., 2020). הצוותים המטפלים אשר מתחילת המגפה נמצאו בחזית ההתמודדות עם נגיף הקורונה, דיווחו על חששות ועל פחדים הנובעים ממאפייני הנגיף: פחד מסכנת הידבקות; ולאחר מכן פחד מחשיפת משפחותיהם; פחד מלהיות משובצים מחדש למשימות שהם לא ביצעו בעבר כדי לטפל בנגיף שהם מעולם לא ראו; צער על אובדן מטופלים, בני משפחה או עמיתים למקצוע; עצבות על אלה שאיבדו את עבודתם או שהפכו מובטלים. כל אלו נמנים עם האתגרים המעשיים והרגשיים העצומים שעומדים נדרשו הצוותים להתמודד (Dudley, 2020). מהמחקרים שפורסמו בסין על התפרצות הקורונה בסין (Zerbini et al., 2020; Zhu et al., 2020), עולה כי חרדה, דיכאון, הפרעה פוסט-טראומטית ובעיות שינה בקרב הצוותים המטפלים הם נפוצים מאוד. בסקירה שיטתית של מחקרים שפורסמו בינואר-מרץ 2020 נמצא ששיעורי חרדה ודיכאון בקרב רופאים ואחיות היו דומים לאלו שבאוכלוסייה הכללית, אך שיעורי מצוקה נפשית כללית היו גבוהים יותר, 41% ו-31% בהתאמה (Wu et al., 2020).

התגובות הנפשיות היו החמורות ביותר בקרב אנשי צוות שעבדו ישירות עם חולי קורונה לעומת עובדים אחרים במערכת הבריאות (Rossi R et al., 2020). במחקר בגרמניה נמצא כי אחיות שעבדו במחלקות קורונה דיווחו על רמות גבוהות יותר של מתח, של תשישות ושל דיכאון בהשוואה לעמיתותיהן במחלקות הרגילות. רופאים דיווחו על ציונים דומים, ללא תלות במגע שלהם עם חולי קורונה. הסיבות הנפוצות ביותר לנטל היו עומס תעסוקתי וחוסר ודאות לגבי העתיד. בין המשאבים החשובים להתמודדות נמנו תמיכה פסיכו-סוציאלית ומתן אפשרויות לפעילות פנאי גם התאמה טובה יותר של תשתיות כגון היקף מספק של צוות ולוחות זמנים יציבים בעבודה (Zerbini et al., 2020). בקרב עובדי בית חולים בוואהן, סין, נמצא כי הסיכון לפתח תגובות לחץ, דיכאון וחרדה היה גבוה יותר בקרב נשים, בקרב עובדים ותיקים (ותק של מעל עשר שנים), בקרב עובדים עם מחלות כרוניות נלוות או עם היסטוריה של הפרעות נפשיות, או שבני משפחתם חולי קורונה (Zhu et al., 2020).

כשהקורונה כמגפה עולמית התפשטה ברחבי העולם, ואיטליה הייתה המדינה האירופית הראשונה שנפגעה מהנגיף, נמצאו מגמות דומות. במחקר בקרב עובדי מערכת הבריאות שהועסקו ברציפות בזמן השיא של המגפה, נמצא שעובדות הראו סימני טראומה משנית (חשיפה לטראומה שהחולים עוברים) גבוהים יותר מעובדים גברים (Buselli et al., 2020). בישראל, במחקר שנערך בקרב עובדים סוציאליים בבתי חולים ובקופות חולים בחודשים אפריל-מאי 2020, נמצא כי רק שלישי מהעובדים הסוציאליים חשו בטוחים מפני הידבקות בקורונה במקום עבודתם (Schiff, Shinan-Altman, & Rosenne, accepted). רוט-דומן, אלבו ועשרי (2021), עובדות סוציאליות בבית חולים השרון, שהוסב לטיפול בחולי קורונה, תיארו את המורכבות שעימה התמודדו הצוותים. מחד גיסא, הם חשו תחושת אחריות ומשמעות בשל ההכרה בחשיבות התפקיד כצוות רפואי ומקצועי שמילא משימה לאומית, ומאידך גיסא, חוו טלטלה רגשית ותחושת משבר בשל התמודדות ממושכת עם חוסר ודאות, עם עומס עבודה, עם פחד מהידבקות, עם רגשות אשם ועם ניתוק מבני משפחה.

ה. חולים ומחלימים מקורונה

עם התפשטות הנגיף ברחבי העולם החלו להתפרסם מחקרים על התגובות הנפשיות של חולי קורונה, ורק לאחרונה גם בקרב מחלימים. מחקר בשיטת ניתוח-על הצביע כי השכיחות של חרדה ודיכאון בקרב חולים בקורונה עם מחלות רקע הייתה גבוהה מאוד, 56% ו-55% בהתאמה, גבוהה בהרבה משעורי חרדה ודיכאון בקרב עובדי מערכת הבריאות או בקרב האוכלוסייה הכללית (Luo M et al., 2020). בעת כתיבת מאמר זה, כשנה מפרוץ המגפה, השפעות ארוכות טווח של הנגיף עדיין לא ידועות דיין. עם זאת, ראיות חדשות מתגלות במהירות, ומצביעות על תגובות נפשיות מתמשכות בקרב מחלימי קורונה בחודשים הראשונים להחלמתם (Washington State Department of Health, 2020). חשוב בתחילה לציין כי עייפות וקשיי נשימה היו התסמינים הנפוצים ביותר שדווחו בקרב מחלימים שנסקרו בחציון של 110 ימים לאחר תאריך האשפוז (Garrigues et al., 2020). רבים מהמחלימים מקורונה מדווחים על תסמינים נוירולוגיים מתמשכים לאחר שחרור מבית החולים, עימם נמנים: אובדן זיכרון (34%) והפרעות ריכוז ושינה (28% ו-31%, בהתאמה) (Garrigues et al., 2020). לכן התגובות הנפשיות הנלוות לכך אינן מפתיעות. בקרב מחלימים ששוחררו מבתי חולים בוואהאן, סין ונסקרו כ-37 ימים לאחר השחרור, 10% דיווחו על תסמינים של חרדה בינונית עד חמורה, ו-32% על תסמיני חרדה קלים; 19% סבלו מסימפטומים של דיכאון בינוני עד חמור ו-48% – מדיכאון קל. מהלך מחלה חמור יותר היה קשור לתוצאות נפשיות גרועות יותר לאחר השחרור מבית החולים (Washington State Department of Health, 2020). מחקר עדכני מאיטליה הראה כי כ-30% מהמחלימים פיתחו הפרעת דחק פוסט-טראומתית (Janiri et al., 2021). גם במחקר נוסף, התגובה הנפשית השכיחה ביותר הייתה תסמונת פוסט-טראומתית (30.2%); אבחנות נוספות כללו דיכאון (17.3%), הפרעת חרדה (7%) והפרעה פסיכוטית (0.2%) (Washington State Department of Health, 2020). בקרב המחלימים שפיתחו תסמונת פוסט-טראומטית, היה שיעור גבוה יותר של נשים (55.7%), של אנשים עם היסטוריה קודמת של הפרעות פסיכיאטריות (34.8%) או של אנשים שסבלו מתסמינים ממושכים לאחר המחלה האקוטית (62.6%) (Washington State Department of Health, 2020). חשוב לציין כי המחקרים האלו, למרות חשיבותם, הם עדיין ראשוניים, ללא משך מעקב ארוך דיו כדי לענות על השאלות אם התגובות הפוסט-טראומטיות אכן מצביעות על הפרעה ממושכת; מה מידת החומרה שלהן; ומה השלכותיהן על תפקוד המחלימים בתחומי חיים אחרים.

גורמי סיכון והגנה המסבירים הבדלים בתגובות הנפשיות למגפה

זיהוי גורמים המצביעים על סיכון למצוקה נפשית או על הגנה מפני רמות גבוהות של מצוקה הינו קריטי לתכנון התערבויות הולמות. בפרקים הקודמים פורטו הבדלים בתגובות הנפשיות לפי מגדר וגיל; נשים ומבוגרים צעירים יותר היו בסיכון גבוה יותר לפתח מצוקה נפשית, חרדה או דיכאון. מחקרים אחרים הצביעו גם על סיכון גבוה יותר למצוקה בקרב אנשים במעמד חברתי-כלכלי נמוך (Luo M et al., 2020; Wang C et al., 2020) או מובטלים (Xiong et al., 2020). אלו גורמי רקע חשובים לאיתור חולים בסיכון גבוה, אך אין בהם להצביע על גורמים בני-שינוי.

הממצאים המצטברים ממערכי מחקר שבחנו גורמי סיכון או גורמי הגנה פסיכו-סוציאליים לתגובות הנפשיות מציגים תמונה מורכבת. בידוד חברתי אומנם נמצא כגורם סיכון למצוקה באוכלוסייה הכללית (Luo M et al., 2020), אך מצב אובייקטיבי זה אינו העיקר. תחושת הבדידות הסובייקטיבית היא גורם הסיכון הבולט ביותר לדיכאון או לחרדה, גם לאחר פיקוח על משתני רקע ועל מצב בריאות כללי (Palgi et al., 2020; Rossi A et al., 2020). נוסף על כך, מאפיינים אישיים יכולים למתן את ההשפעה המזיקה של בדידות על מצוקה. למשל, דימוי עצמי חיובי מיתן את הקשר בין בדידות למצוקה (Rossi A et al., 2020), ומחקר מיישראל בקרב זקנים הצביע כי גיל סובייקטיבי (הגיל הנתפס על-ידי המשתתף עצמו ולא הגיל הכרונולוגי) מיתן את הקשר. הקשר בין בדידות למצוקה נפשית, לדיכאון או לחרדה היה מובהק וחזק רק בקרב זקנים בעלי תפיסת גיל סובייקטיבי של "מבוגר" (Shrira et al., 2020).

בקרב עובדי בית חולים, שחיקה וטראומה משנית נמצאו כגורמי סיכון ייחודיים לדיכאון או לחרדה (Buselli et al., 2020). בקרב מחלימים מקורונה נמצא שכאשר בני משפחה או שכנים המשיכו להתרחק מהם והדירו אותם מפעילויות שוטפות, רמות הסימפטומים הפוסט-טראומטיים, החרדה והדיכאון היו גבוהות יותר (Washington State Department of Health, 2020).

אחד מגורמי ההגנה העקביים ביותר מפני מצוקה נפשית מאז תחילת המגפה היה חוסן נפשי (היכולת להתמודד עם מצבי לחץ ומשבר ולהתאושש מהם). באוכלוסייה הכללית נמצא שחוסן נפשי היה קשור לרמות מצוקה נפשית נמוכה יותר (Ran et al., 2020) או לעלייה מעטה יותר במצוקה מתחילת המגפה (Megías-Robles et al., 2021). חוסן נפשי הוא ההסבר העיקרי לממצאים על השכיחות הנמוכה יותר של דיכאון או של חרדה בקרב זקנים בהשוואה לצעירים (Vahia et al., 2020), כולל בישראל (Palgi et al., 2020), שכן הוא מתווך בקשר בין גיל למצוקה: גיל מבוגר יותר היה קשור לרמות גבוהות יותר של חוסן נפשי, שהיה קשור שלילי מובהק לדיכאון ולחרדה (Ran et al., 2020). ממצאים מעניינים במיוחד ממחקר אורך הראו שחוסן נפשי מיתן את הקשר בין פחד מהידבקות בקורונה לבין עלייה במצוקה נפשית, אך נמצאה אינטראקציה כפולה עם מגדר: מיתון הקשר בין פחד מהידבקות לעלייה במצוקה היה מובהק רק בקרב נשים בעלות רמות חוסן נמוכות יותר, ולא בקרב נשים בעלות רמות חוסן גבוהות או בינוניות, ולא נמצא בקרב גברים (Megías-Robles et al., 2021).

תמיכה חברתית, אחד המשאבים המרכזיים המסייע בהתמודדות במצבי לחץ ובהפחתת מצוקה נפשית, נמצאה כגורם מגן מפני מצוקה נפשית בתקופת הקורונה בקרב האוכלוסייה הכללית ובקרב צוותים רפואיים (Ruisoto et al., 2020; Zerbini et al., 2020). נוסף על כך, נמצא כי תמיכה חברתית הייתה גורם מרכזי שתיווך בין שחיקה בעבודה לבין המצב הנפשי בקרב צוותים רפואיים, ומיתן את הקשר ביניהם (Ruisoto et al., 2020). בישראל, זקנים ששמרו על קשר פנים-אל-פנים עם חברי הרשת

החברתית (פרנקל-יוסף, מייטלס ושריא, 2020), או אלו ששמרו על קשר טלפוני ואף סיפקו עזרה לאחרים (שיוביץ-עזרא וכהן, 2020), דיווחו על תחושת בדידות נמוכה יותר.

מענים למצוקה נפשית בתקופת הקורונה בישראל

התגברות המצוקה הנפשית בתקופת הקורונה לא נשארה ללא מענה בישראל. אנו מפרטות כאן כמה מהמענים שהמידע עליהם הופץ לציבור הרחב או לצוותים רפואיים. מייד לאחר התפרצות המגפה, יזם משרד הבריאות פנייה לקופות החולים במטרה להפעיל “קו חם” לסיוע במענה לתגובות לחץ וחרדה. בהמשך, ביולי 2020 הושקה תוכנית לתמיכה טלפונית בשיתוף כל קופות החולים שבמסגרתה כל אדם יכול לפנות ולקבל עד שלושה מפגשים טלפוניים אישיים עם מטפל בריאות נפש. מוקדים אחרים נפתחו על-ידי גורמי ממשל וארגונים שונים לסיוע מעשי, כגון חלוקת מזון ותרופות לכלל האזרחים וגם מענה למצוקות נפשיות. לאור ההנחיות לבידוד חברתי, ובמיוחד ההנחיה להימנעות ממגע עם אוכלוסייה קשישה, משרד הרווחה בשיתוף פיקוד העורף קידמו תוכנית ארצית לכלל הזקנים בישראל, “משמרות הזהב”, למתן סיוע באספקת מזון, תרופות והסעות לטיפולם רפואיים, נושאים שביניהם זקנים רבים היו בלחץ ובמצוקה. בקופות החולים וברשויות המקומיות הופעלו תוכניות סיוע להפגת בדידות באמצעות מערך מתנדבים ובהפעלת צוותים מקצועיים. ייתכן כי התוכניות הרבות שכוונו לתמיכה בזקנים סייעו בהפחתת דיכאון ובדידות. תוכניות שכוונו לצוותים הרפואיים כללו לדוגמה, מוקד תמיכה נפשית ביוזמת משרד הבריאות, ומוקדים דומים שהופעלו ביוזמות מקומיות בקופות החולים ובבתי החולים. ראוי לציין שעובדים סוציאליים בשירותים החברתיים היו חלק ממערכי התמיכה ברשויות המקומיות, ועובדים סוציאליים בבתי החולים ובקופות נתנו מענה למצוקות נפשיות של החולים ושל בני המשפחה וכן תמיכה בצוותי הטיפול, כמו גם בשהים במלונות הרבים שנפתחו עבור החולים. כיום, עם התקדמות הידע שהצטבר בנוגע לסיבוכים ולתסמיני פוסט-קורונה בקרב מחלימים, נפתחו עבורם מרפאות ייעודיות עם צוות רב-מקצועי שהעניק גם טיפול פסיכו-סוציאלי בסימפטומים של דיכאון, של חרדה ושל פוסט-טראומה בקרב המחלימים.

דיון

מטרת מאמר הסקירה הייתה להציג ממצאים בולטים על תגובות נפשיות להשלכות מגפת הקורונה, מגמות של שינויים ולהאיר גורמי סיכון והגנה לתגובות הנפשיות. ממצאי הסקירה מלמדים כי ההתמודדות עם נגיף הקורונה הביאה להשלכות נפשיות משמעותיות באוכלוסיות שסקרנו, ושעם השינויים בידע הקליני על אודות הנגיף ובהנחיות התנהגותיות חלו שינויים לאורך זמן בתגובות הנפשיות.

ניתן לציין כי ממצאי המחקרים מלמדים על מדרג בשיעורי הדיכאון והחרדה: הגבוהים ביותר בקרב חולי קורונה או חולים במחלות כרוניות, אחריהם אנשי צוותים רפואיים, שיעורים נמוכים יותר נמצאו בקרב האוכלוסייה הכללית (Krishnamoorthy et al., 2020; Wu et al., 2020), ובתוכה נמוכים יותר בקרב זקנים (Garcia-Fernandez, 2020; Vahia et al., 2020). לאחרונה, נמצא מדרג דומה של שכיחות סימפטומים פוסט-טראומטיים: כ-33% בקרב המחלימים מקורונה, כ-20% בקרב אנשי הצוות הרפואי, וכ-10% בקרב האוכלוסייה הכללית (Salehi et al., 2021). ממצאים אלו מלמדים על התגובות השונות בכל אחת מאוכלוסיות אלה, ועל הצורך במתן מענה מותאם ומדורג בעת התמודדות עם המגפה.

מצטרפת לכך חשיבות ההבנה של גורמי סיכון והגנה הקשורים לתגובות הנפשיות. ביניהם יש לציין את הממצא על חוסן נפשי כגורם הגנה, ובעיקר בקרב זקנים. המדיניות שננקטה בתחילה על ריחוק חברתי מאוכלוסיית הזקנים במטרה להגן עליהם מפני הנגיף התאפיינה בהגנת יתר פטרנליסטית או בפשטות – גילנות (איילון, 2020). המשמעות המעשית היא שהזקנים היו מבודדים ומודרים מהחברה יותר מתמיד. עם זאת, העדויות המחקריות הראו דווקא על שיעורי מצוקה נפשית נמוכים יותר בקרב הזקנים לעומת צעירים, שהוסברו בחוסן נפשי גבוה יותר. בהסתמך על ראיות מחקריות אלו, הערכת החוסן הנפשי במצבי משבר צריכה להיכלל בתכנון התערבויות מותאמות.

לסקירה המוצגת במאמר מספר מגבלות. במרכזן, העובדה שלא היה באפשרותנו לערוך סקירה שיטתית, לדוגמה באמצעות ניתוח-על. לפיכך הסתמכנו, ככל האפשר, על מאמרים שנקטו בשיטות האלו, ועל מאמרים בולטים בספרות המדעית מתוך הפרסומים הרבים המציפים את מאגרי המידע המדעיים. אולם לא יכולנו במסגרת מאמר זה להעמיק בביקורת על המחקרים, הן מבחינת המודלים התאורטיים שעליהם התבססו המחקרים והן מבחינת שיטות המחקר וניתוח הנתונים. הקורונה כמחלה חדשה – שהידע עליה ועל דרכי הטיפול בה היה אפסי, והשלכותיה הכלכליות, התעסוקתיות והחברתיות אדירות – גרמה ללחץ רב על חוקרים ועל אנשי מקצוע לאסוף מידע ולפרסם במהירות. חלק מהמחקרים שנסקרו התבססו על מדגמי נוחות, נאספו בסקרים אינטרנטיים או בוצעו במקום אחד בלבד, וייצוגיות המשתתפים בהם מוטלת בספק. חשוב לחזור למסקנות העיקריות שהגענו אליהן לאור פרסומים עדכניים שנקטו בשיטות מחקר מהודקות יותר. נוסף על כך, לא סקרנו בני משפחה של חולים ושל נפטרים מקורונה, וגם לא תתי-אוכלוסיות פגיעות אחרות אשר העדויות המחקריות לגביהן התחילו להצטבר יותר לאחרונה, בעיקר בקרב ילדים ובני נוער, או בקבוצות מוחלשות בחברה, כגון אנשים החיים בעוני או "העניים החדשים" – שהכנסתם נפגעה בעקבות המגפה, אנשים עם מוגבלות נפשית, אימהות חד-הוריות ונפגעי אלימות במשפחה.

לסקירה הנוכחית, ולמרות מגבלותיה, יש השלכות מעשיות למחקר. נדרשים מחקרי אורך להערכת המשך השפעת המגפה על כל האוכלוסיות שסקרנו. אך יש חשיבות מיוחדת במחקרי אורך להעמקת הידע על המצב הפיזי והנפשי של חולים ומחלימים, בטווח של שנה ויותר אחרי ההחלמה. בדומה, נדרשת הערכת ההשלכות הנפשיות ארוכות הטווח על צוותים רפואיים הנמצאים בחזית הטיפול בחולי קורונה ובמחלימים, על-מנת לפתח אסטרטגיות התערבות שימנעו שחיקה וטראומה משנית. יש בכך חשיבות רבה לאור ממצאי סקר שקדם לקורונה, אשר הצביע על רמה גבוהה של שחיקה בעבודה בקרב עובדי מערכת הבריאות (משרד הבריאות, 2018). נוסף על כך, יש להרחיב במחקרים על האוכלוסיות הפגיעות הנוספות שפורטו לעיל, כדי לבחון את מצבן. לבסוף, מאחר שההשלכות השליליות של המגפה הינן רק צד אחד של המטבע, ייתכן שהמגפה טמנה בחובה גם השלכות חיוביות אישיות, משפחתיות וחברתיות, שתרמו למצב נפשי טוב. אנו לא הגענו אליהם או שלא נחקרו דיים, ומומלץ להעמיק במחקר עליהן.

השלכות לפרקטיקה בעבודה סוציאלית

התפרצות מגפת הקורונה והשלכותיה על כלל האוכלוסייה, ובמיוחד על קבוצות פגיעות, העלתה, בין השאר, את המודעות הציבורית לתפקידים המרכזיים של העובדים הסוציאליים, כולל בישראל (Ben Shlomo & Levin-Keini, 2021). איגוד העובדים הסוציאליים האירופי קבע כי "לעבודה סוציאלית יש

תפקיד מרכזי חיוני במאבק בהתפשטות הנגיף באמצעות תמיכה בקהילות כדי להגן על עצמן ועל אחרות באמצעות ריחוק פיזי וסולידריות חברתית" (IFSW, 2020). השירותים החברתיים בישראל אכן התגייסו למאמץ זה, והסקירה הנוכחית מספקת כמה תובנות ייחודיות לפרקטיקה, שעיקרן נוגע לעובדים הסוציאליים במערכת הבריאות.

ראשית, חשוב להבליט ולחזק את מקומם של העובדים הסוציאליים במערכת הבריאות. בבתי החולים, כחלק מקו הטיפול הראשון, עובדים סוציאליים נדרשים להתערבויות יצירתיות ולהגברת הזמינות מסביב לשעון, על-מנת לתת מענה לטיפול בחולים הקשים ובני המשפחה שכן כולם מצויים בסיכון פסיכו-סוציאלי. במקביל, עליהם לספק תמיכה והדרכה לצוותים, במיוחד בהתמודדות עם מוות של מטופלים שהתרחש בבדידות גדולה לאור אילוצי השמירה על בידוד (רוט-דומן, אלבו ועשרי, 2021; Levin-Dagan & Strenfeld-Hever, 2020). ברפואה הראשונית בקהילה, העובדים הסוציאליים ימשיכו להידרש לתמיכה בחולי קורונה המטופלים בבית, בבני משפחתם ובמחלימים, ובמקביל, לתמוך בצוותים, לפעול לגיוס סיוע ומשאבים משירותים ומארגונים שונים בקהילה, ולהמשיך בטיפול כבימי שגרה במטופלים הסובלים ממשברי בריאות מורכבים או כרוניים. ראוי גם להמשיך את שיתופי הפעולה של העובדים הסוציאליים בבתי חולים ובקהילה, ולהמשיך לתת מענה לצרכים רגשיים וחברתיים בקונטקסט בריאותי, שהצורך בו בלט מאוד בתקופת הקורונה (Ross, Lombardi, & Zerden, 2021).

שנית, מומלץ כי עובדים סוציאליים ייתנו דעתם להתאמה הטיפולית הנדרשת למאפיינים ולאיתגרים הייחודיים שעמם הם צריכים להתמודד בעת מגפה בתת-אוכלוסיות שונות, ולהתייחס לגורמי סיכון ולגורמי הגנה בתגובות הנפשיות למגפה. לדוגמה, חיזוק חוסן נפשי עשוי לסייע בהתמודדות עם השלכות נפשיות שליליות של המגפה, וכן למנוע שחיקה בקרב צוותים רפואיים.

שלישית, בשל המאפיינים הייחודיים של מגפות, מומלץ כי עובדים סוציאליים יעברו הכשרות ייעודיות, על-מנת שיוכלו לספק התערבויות פסיכו-סוציאליות מותאמות לזמן מגפה, העשויות לתת מענה לקבוצות בסיכון גבוה הזקוקות למענה רגשי וקונקרטי במהלך משבר יותר מבימי שגרה (Ross et al., 2021), ולהבטיח קבלת שירותי עבודה סוציאלית חיוניים גם בעיתות משבר (Ben Shlomo & Levin, 2021). הניסיון שצברו העובדים הסוציאליים בתקופת הקורונה בהתערבויות טיפוליות מרחוק יכול להוות בסיס להכשרות ולפיתוח פלטפורמות מאובטחות ובטוחות למתן מענה מקוון.

רביעית, מכיוון שמגפה בריאותית משנה פניה לאורך זמן, מומלץ שהתערבויות פסיכו-סוציאליות תהיינה מותאמות לשינויים אפשריים בתגובות נפשיות והתנהגותיות, ובמקביל לנקוט פעילות ממוקדת ויזומה של מערך שירותי העבודה הסוציאלית באיתור אוכלוסיות פגיעות חדשות או משתנות. איגום משאבים של גורמים מטפלים במערכת האשפוז והקהילה חשוב במיוחד לשמירה על רצף הטיפול בעיתות משבר בריאותי.

לבסוף, מומלץ כי העובדים הסוציאליים ייצרו ויקדמו רשתות לתמיכה על-ידי מתנדבים, אלו עשויות למלא תפקיד חיוני באספקת שירותים ולעזור לכלל האוכלוסייה ולנפגעים מהמגפה בהתמודדות עם המשבר (Kwan et al., 2021).

ההשלכות שעלו מממצאי הסקירה נוגעות כולן בתפקיד המכריע שיש לעובדים סוציאליים בתמיכה באנשים בזמן משבר, בייחוד בתמיכה באנשים מקבוצות מוחלשות ובמיצוי הזכויות שלהם, שכן צדק

חברתי הינו אחד מערכי הליבה של העבודה הסוציאלית. ראוי להוסיף כי מצופה שעובדים סוציאליים ימשיכו לקדם צדק חברתי בייחוד בתקופות משבר שבהן הוא עלול להיות מופר ולהוביל לאי-שוויון חברתי (Kwan et al., 2021).

נקודות מפתח

- יש עדויות רבות ועקביות על שיעורים גבוהים של מצוקה נפשית או של דיכאון וחרדה בתגובה למגפת הקורונה ולהשלכותיה
- חולים ומחלימים מקורונה ואחריהם אנשי צוותים רפואיים הם בסיכון הגבוה ביותר במדדים השונים של מצוקה נפשית
- חשוב לאתר גורמי הגנה בכל האוכלוסייה ואת אלו הייחודיים לה, כדי להפחית את ההשפעות על המצב הנפשי בעקבות המגפה
- יש לפתח בעבודה סוציאלית התערבויות מותאמות לזמן מגפה במקביל להמשך טיפול שבשגרה

מקורות

- איילון, ל. (2020). גילנות ומתח בין-דורי בעידן הקורונה. מאמר דעה, **בטחון סוציאלי, 110**. יוני 2020.
- ג'וינט ישראל אשל (2020). **הזדקנות בימי קורונה, חלק ב: "החיים בשגרת הקורונה": סקר צרכים בקרב בני 65+ בישראל**, ספטמבר 2020. נדלה מתוך: <https://www.thejoint.org.il/digital-library>
- למ"ס, (2020א). הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2020). **החוסן האזרחי בתקופת משבר הקורונה**. ירושלים. נדלה מתוך: https://www.cbs.gov.il/he/mediarelease/DocLib/2020/127/19_20_127b.pdf
- למ"ס, (2020ב). הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2020). **החוסן האזרחי בתקופת משבר הקורונה, ממצאי הגל הרביעי בנובמבר**. ירושלים. נדלה מתוך: https://www.cbs.gov.il/he/mediarelease/DocLib/2020/367/19_20_367b.pdf
- משרד הבריאות (2018). **ממצאי שחיקה**. נדלה מתוך: https://www.health.gov.il/Subjects/HRinHealthSystem/PreventingBurnoutProgram/Pages/survey_burnout_results2018.aspx
- משרד הבריאות (2020). **תמ'צ והערכת מצב 5 אפריל 2020, COVID-19**. האגף לשעת חירום, משרד הבריאות. נדלה מתוך: <https://www.industry.org.il/files/marketing/SOS/file20504.pdf>
- משרד הבריאות (2021). **נגיף הקורונה בישראל: תמונת מצב כללית**. נדלה מתוך: <https://datadashboard.health.gov.il/COVID-19/general>
- פרנקל-יוסף, מ., מייטליס, ר., ושרירא, ע. (2020). משתנים הקשורים לבדידות בקרב זקנים ישראלים במהלך מגפת הקורונה. **גרונטולוגיה וגריאטריה, מז**, 3-4, 17-35.
- רוט-דומן, א., אלבז, ס., ועשרי, ק. (2021). משבר בצל הקורונה: טיפול ותמיכה רגשית של צוות השירות לעבודה סוציאלית בחולי נגיף Covid-19 בבית החולים השרון בימי תחילת המגיפה. **מידעו"ס 95**. נדלה מתוך: <https://meidaos.socialwork.org.il>

- שיוביץ-עזרא, ש., וכהן, א. (2020). תחושות של בדידות בצל פנדמיית הקורונה: תפקידה של הרשת החברתית. *גרונטולוגיה וגריאטריה, מז*, 4-3, 59-37.
- Adams, L. M., Gell, N. M., Hoffman, E. V., Gibbons, L. E., Phelan, E. A., Sturgeon, J. A., ... & Patel, K. V. (2021). Impact of COVID-19 'Stay Home, Stay Healthy' orders on function among older adults participating in a community-based, behavioral intervention study. *Journal of Aging and Health*. doi: 10.1177/0898264321991314.
- Bana, T., Hoare, J., Letuka, P., & Ntusi, N. (2020). COVID-19 and impact of psychological stress on cardiovascular disease. *SA Heart Journal*, 17(3), 282-286.
- Bareket-Bojmel, L., Shahar, G., & Margalit, M. (2020). COVID-19-Related economic anxiety is as high as health anxiety: Findings from the USA, the UK, and Israel. *International Journal of Cognitive Therapy*. doi: 10.1007/s41811-020-00078-3
- Basis, F., Zeidani, H., Hussein, K., & Hareli, S. (2020). Drastic reduction in patient visits to the emergency department in a hospital in Israel during the COVID-19 outbreak, compared to the H1N1 2009. *International Journal of Health Policy and Management*, 1-5. doi: 10.34172/ijhpm.2020.151
- Ben Shlomo, S., & Levin-Keini, N. (2021). Once in a hundred years: Does COVID-19 present an opportunity to restructure the professional image of the social workers in Israel? *The British Journal of Social Work*, 1-17. doi: 10.1093/bjsw/bcab055
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8
- Buselli, R., Corsi, M., Baldanzi, S., Chiumento, M., Del Lupo, E., Dell'Oste, V., ... & Carmassi, C. (2020). Professional quality of life and mental health outcomes among health care workers exposed to Sars-Cov-2 (Covid-19). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6180. doi: 10.3390/ijerph17176180
- Chen, T., Dai, Z., Mo, P., Li, X., Ma, Z., Song, S., ... & Newman, A. (2020). Clinical characteristics and outcomes of older patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Wuhan, China: A single-centered, retrospective study. *The Journals of Gerontology: Series A*, 75(9), 1788-1795. doi: 10.1093/gerona/glaa089
- Cole, C. L., Waterman, S., Stott, J., Saunders, R., Buckman, J. E. J., Pilling, S., & Wheatley, J. (2020). Adapting IAPT services to support frontline NHS staff during the Covid-19 pandemic: the Homerton Covid Psychological Support (HCPS) pathway. *The Cognitive Behavior Therapist*, 13, E12. doi: 10.1017/S1754470X20000148
- Dudley, J. (2020, July 06). Taking care of our caregivers. Harvard Business Review. Retrieved from: <https://hbr.org/2020/07/taking-care-of-our-caregivers>
- Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63(1), E32. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.35
- Garcia-Fernandez, L., Romero-Ferreiro, V., Lopez-Roldan, P. Padilla, S., & Rodriguez-Jimenez, R. (2020). Mental health in elderly spanish people in times of COVID-19 outbreak. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(10), 1040-1045. doi: 10.1016/j.jagp.2020.06.027
- Garrigues, E., Janvier, P., Kherabi, Y., Le Bot, A., Hamon, A., Gouze, H., ... & Nguyen, Y. (2020). Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for COVID-19. *Journal of Infection*, 81(6), e4-e6. doi: 10.1016/j.jinf.2020.08.029
- Giamello, J. D., Abram, S., Bernardi, S., & Lauria, G. (2020). The emergency department in the COVID-19 era. Who are we missing? *European Journal of Emergency Medicine*, 27(4), 305-306. doi: 10.1097/MEJ.0000000000000718
- Grasselli, G., Zangrillo, A., Zanella, A., Antonelli, M., Cabrini, L., Castelli, A., ... & Pesenti, A. (2020). Baseline characteristics and outcomes of 1591 patients infected with SARS-CoV-2 admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. *Journal of the American Medical Association*, 323(16), 1574-1581. doi: 10.1001/jama.2020.5394

- Groarke, J.M., Berry, E., Graham-Wisener, L., McKenna-Plumley, P. E., McGlinchey, E., & Armour, C. (2020). Loneliness in the UK during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional results from the COVID-19 Psychological Wellbeing Study. *PLoS ONE*, *15*(9), e0239698. doi: 10.1371/journal.pone.0239698
- IFSW - International Federation of Social Workers. (2020). Update information on IFSW and COVID-19. Retrieved from: www.ifsw.org/covid-19.
- Janiri, D., Carfi, A., Kotzalidis, G. D., Bernabei, R., Landi, F., Sani, G., ... & Post-Acute Care Study Group. (2021). Posttraumatic stress disorder in patients after severe COVID-19 infection. *JAMA Psychiatry*. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2021.0109
- Jiang, F., Deng, L., Zhang, L., Cai, Y., Cheung, C. W., & Xia, Z. (2020). Review of the clinical characteristics of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of General Internal Medicine*, *35*(5), 1545-154. doi: 10.1007/s11606-020-05762-w
- Krishnamoorthy, Y., Nagarajan, R., Saya, G. K., & Menon, V. (2020). Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, *293*, 113382. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113382
- Kwan, C. K., Ling, H. W. H., Cheung, J. C. S., & Chui, E. W. T. (2021). Safeguarding health equality for the disadvantaged during the COVID-19 pandemic: Lessons learned for the social work profession. *Qualitative Social Work*, *20*(1-2), 463-469. doi: 10.1177/1473325020973337
- Levin-Dagan, N., & Strenfeld-Hever, S. (2020). Reflections on Israeli hospital-based social work with COVID-19 patients and their families. *International Social Work*, *63*(6), 766-777. doi: 10.1177/0020872820952002
- Levkovich, I., & Shinan-Altman, S. (2020). Emotional reactions and subjective health status during the COVID-19 pandemic in Israel: the mediating role of perceived susceptibility. *Psychology, Health & Medicine*, *26*(1), 75-84. doi: 10.1080/13548506.2020.1858490
- Losada-Baltar, A., Martínez-Huertas, J. A., Jiménez-Gonzalo, L. Pedrosa-Chaparro, M. S., Gallego-Alberto, L., Fernandes-Pires, J., & Márquez-González, M. (2021). Longitudinal correlates of loneliness and psychological distress during the lockdown situation due to COVID-19. Effects of age and self-perceptions of aging. *The Journals of Gerontology: Series B*, gbab012. doi: 10.1093/geronb/gbab012
- Luo, M., Guo, L., Yu, M., & Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, *291*. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113190
- Luo, Y., Chua, C. R., Xiong, Z., Ho, R. C., & Ho, C. S. (2020). A systematic review of the impact of viral respiratory epidemics on mental health: an implication on the coronavirus disease 2019 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, *11*. doi: 10.3389/fpsy.2020.565098
- Megías-Robles, A., Gutiérrez-Cobo, M. J., Cabello, R., Gómez-Leal, R., & Fernández-Berrocal, P. (2021). A longitudinal study of the influence of concerns about contagion on negative affect during the COVID-19 lockdown in adults: The moderating effect of gender and resilience. Advance online publication. *Journal of Health Psychology*. doi: 10.1177/1359105321990794
- Palgi, Y., Shrira, A., Ring, L., Bodner, E., Avidor, S., Bergman, Y., ... & Hoffman, Y. (2020). The loneliness pandemic: Loneliness and other concomitants of depression, anxiety and their comorbidity during the COVID-19 outbreak. *Journal of Affective Disorders*, *275*, 109-111. doi: 10.1016/j.jad.2020.06.036
- Raihan, M. M. H. (2020). Mental health consequences of COVID-19 pandemic on adult population: A systematic review. *Mental Health Review Journal*, *26*(1), 42-54. doi: 10.1108/MHRJ-07-2020-0044
- Ran, L., Wang, W., Ai, M., Kong, Y., Chen, J., & Kuang, L. (2020). Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: A study of the general population in China at the peak of its epidemic. *Social Science & Medicine*, *262*. Advance online publication. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113261

- Roehr, S., Reininghaus, U., & Riedel-Heller, S. G. (2020). Mental wellbeing in the German old age population largely unaltered during COVID-19 lockdown: Results of a representative survey. *BMC Geriatrics*, *20*(1), 489. doi: 10.1186/s12877-020-01889-x
- Ross, A. M., Lombardi, B., & Zerden, L. D. S. (2021). Introduction to the special issue: Social work practice in the era of the COVID-19 pandemic: Challenges and innovations. *Social Work in Health Care*, *60*, 1-7. doi: 10.1080/00981389.2021.1890381
- Rossi, R., Socci, V., Pacitti, F., Mensi, S., Di Marco, A., Siracusano, A., & Di Lorenzo, G. (2020). Mental health outcomes among healthcare workers and the general population during the COVID-19 in Italy. *Frontiers in Psychology*, *11*, 608986. doi: 10.3389/fpsyg.2020.608986
- Rossi, A., Panzeri, A., Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Castelnuovo, G., & Mannarini, S. (2020). The anxiety-buffer hypothesis in the time of COVID-19: when self-esteem protects from the impact of loneliness and fear on anxiety and depression. *Frontiers in Psychology*, *11*, 2177. doi: 10.3389/fpsyg.2020.02177
- Ruisoto, P., Ramírez, M. R., García, P. A., Paladines-Costa, B., Vaca, S. L., & Clemente-Suárez, V. J. (2021). Social support mediates the effect of burnout on health in health care professionals. *Frontiers in Psychology*, *11*, 623587. doi: 10.3389/fpsyg.2020.623587
- Salehi, M., Amanat, M., Mohammadi, M., Salmanian, M., Rezaei, N., Saghadzadeh, A., & Garakani, A. (2021). The prevalence of post-traumatic stress disorder related symptoms in Coronavirus outbreaks: A systematic-review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *282*, 527-538. doi: 10.1016/j.jad.2020.12.188
- Schiff, M., Shinan-Altman, S., & Rossene, H. (accepted). Israeli health care social workers' personal and professional concerns during COVID-19 pandemic crisis: The work-family role conflict. *The British Journal of Social Work*.
- Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Pérez-Rodríguez, P., Ganz, F., Torralba, R., Oliveira, D. V., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: mental and physical effects and recommendations. *The Journal of Nutrition, Health & Aging Advance online publication*, *1-10*. doi: 10.1007/s12603-020-1469-2
- Shapiro, E., Levine, L., & Kay, A. (2020). Mental health stressors in Israel during the coronavirus pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*, 499-501. doi: 10.1037/tra0000864
- Shechory Bitton, M., & Laufer, A. (2021). mental health and coping in the shadow of the Covid-19 pandemic: The Israeli case. *Frontiers in Public Health*, *8*, 568016. doi: 10.3389/fpubh.2020.568016
- Shinan-Altman, S., Levkovich, I., & Tavori, G. (2020). Healthcare utilization among breast cancer patients during the COVID-19 outbreak. *Palliative & Supportive Care*, *18*, 385-391. doi: 10.1017/S1478951520000516
- Shrira, A., Hoffman, Y., Bodner, E., & Palgi, Y. (2020). COVID-19-related loneliness and psychiatric symptoms among older adults: the buffering role of subjective age. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *28*(11), 1200-1204. doi: 10.1016/j.jagp.2020.05.018
- Singhai, K., Swami, M. K., Nebhinani, N., Rastogi, A., & Jude, E. (2020). Psychological adaptive difficulties and their management during COVID-19 pandemic in people with diabetes mellitus. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, *14*(6), 1603-1605. doi: 10.1016/j.dsx.2020.08.025
- Strutt, P. A., Johnco, C. J., Chen, J., Muir, C., Maurice, O., Dawes, P., ... & Wuthrich, V. M. (2021). Stress and coping in older Australians during Covid-19: Health, service utilization, grandparenting, and technology use. *Clinical Gerontologist*. doi: 10.1080/07317115.2021.
- Umucu, E., & Lee, B. (2020). Examining the impact of COVID-19 on stress and coping strategies in individuals with disabilities and chronic conditions. *Rehabilitation Psychology*, *65*(3), 193-198. doi: 10.1037/rep0000328

- Vahia, I.V., Jeste, D. V., & Reynolds III, C. F. (2020). Older adults and the mental health effects of COVID-19. *Journal of the American Medical Association*, 324(22), 2253-2254. doi: 10.1001/jama.2020.21753
- Wang, S. Y., Chen, L. K., Hsu, S. H., & Wang, S. C. (2012). Health care utilization and health outcomes: A population study of Taiwan. *Health Policy and Planning*, 27(7), 590-599. doi: 10.1093/heapol/czr080
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. doi: 10.3390/ijerph17051729).
- Wang, Y., Kala, M. P., & Jafar, T. H. (2020). Factors associated with psychological distress during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the predominantly general population: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 15(12), e0244630. doi: 10.1371/journal.pone.0244630
- Wang, B., Li, R., Lu, Z., & Huang, Y. (2020). Does comorbidity increase the risk of patients with COVID-19: evidence from meta-analysis. *Ageing (Albany NY)*, 12, 6049-6057. doi: 10.18632/aging.103000
- Washington State Department of Health. (2020, September 1). *COVID-19 Literature Report Team: summary of COVID-19 long-term health effects: emerging evidence and ongoing investigation*. Retrieved from: <https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/1600/coronavirus/SummaryCOVIDLong%20termHealthEffects9-1-2020.pdf>
- World Health Organization - WHO. (2006). *Gender disparities in mental health*. Geneva: Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization - WHO. (2021). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. Retrieved from: <https://covid19.who.int/>
- Wu, T., Jia, X., Shi, H., Niu, J., Yin, X., Xie, J., & Wang, X & (2020). Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 281, 91-98. doi: 10.1016/j.jad.2020.11.117.
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M., Gill, H., Phan, L., ... & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55-64. doi: 10.1016/j.jad.2020.08.001.
- Zerbini, G., Ebigo, A., Reicherts, P., Kunz, M., & Messman, H. (2020). Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19-a survey conducted at the University Hospital Augsburg. *GMS German Medical Science*, 18. doi: 10.3205/000281
- Zhu, Z., Xu, S., Wang, H., Liu, Z., Wu, J., Li, G., ... & Wang, W. (2020). COVID-19 in Wuhan: immediate psychological impact on 5062 health workers. *MedRxiv*. 366(9490), 958. doi: 10.1101/2020.02.20.20025338.

ניהול שירותי עבודה סוציאלית במערכת הבריאות בקהילה בתקופת מגפת הקורונה

נטע הראל, ליזה אברבנאל כנעני, ישי קום, נורית איתן גוטמן,
טובה כץ ומלכה פרגר

תקציר

רקע: בארבע קופות החולים מופעלים שירותי עבודה סוציאלית. מנהלי השירותים מנהלים ומנווטים אותם בשגרה ובעיתות חירום, ולאחרונה אל מול אתגרי מגפת הקורונה.

מטרות: לתאר ולאפיין את ניהול שירותי העבודה הסוציאלית בתקופת מגפת הקורונה משלושה היבטים: התמודדות עם אירוע חירום, מיצוב העבודה הסוציאלית, ואתגרי הניהול.

שיטה: ראיונות חצי-מובנים עם ארבעת מנהלי השירותים הסוציאליים וניתוחם במטרה למצוא עקרונות ותובנות.

ממצאים עיקריים: מגפת הקורונה נתפסה כאירוע חירום. לקופות החולים תורת חירום סדורה. המנהלים שותפים בקבלת החלטות בחטיבות הבריאות, ואחראים על הביצוע בתחומם. אירוע מגפת הקורונה חולל שינויים בשירות מהבחינות הבאות: קהלי יעד, שותפויות, יוזמה, התערבות, הכרה ונראות. כולם העידו על מגבלת משאבים ועל עומס רב. כולם העידו על ניהול בסביבה משתנה, וראו הזדמנות לצמיחה של מקצוע העבודה הסוציאלית. לא נצפו פערים בדרכי התמודדות, בפיתוח מענים, או בתפיסת תפקידי הניהול בין המנהלים.

מסקנות: מגפת הקורונה נחוותה כאתגר ניהולי ומקצועי שהוביל לשינוי, להזדמנות ולהתפתחות בתחום העבודה הסוציאלית במערכת הבריאות בקהילה.

השלכות לפרקטיקה: עבודה סוציאלית ברפואת הקהילה חשובה להתמודדות עם מגפת הקורונה ברמת שמירת בריאות הפרט והציבור. יש לה תרומה משמעותית למימוש יעדי הטיפול, ליעילות ולתמיכה פנים-ארגונית.

מילות מפתח: עבודה סוציאלית, מערכת הבריאות בקהילה, קורונה, ניהול, חוסן ארגוני, רפואה מרחוק

מבוא

מגפת הקורונה (COVID-19) אשר פרצה בסוף שנת 2019 חוללה משבר בריאותי עולמי אשר לו השלכות מיידיות וארוכות טווח, בעלות השפעה על הפרט, על החברה, על יחסים בין מדינות, על פוליטיקה, על כלכלה ועל סביבה. מאפייני המגפה וההתמודדות עימה הציפו, חידדו והדגישו את הפערים החברתיים-כלכליים בין אוכלוסיות ובתוכן, פערים שמגבירים את הפגיעות למגפה של קבוצות מוחלשות (Rogers & Power, 2020; Van Dorn, Cooney, & Sabin, 2020; Montenegro et al., 2020). לדוגמה, בארצות הברית, בעיר שיקגו, 50% מהחולים, ו-70% מהתמותה היו בקרב אפרו-אמריקאים, המהווים כ-30% מאוכלוסיית העיר. נפגעים רבים, בצורה חסרת פרופורציה, הם מקבוצות מוחלשות מבחינה סוציאלית, רפואית או מעמדית (Abrams & Szeffler, 2020; Yancy, 2020).

מגפת הקורונה חוללה גם שינויים מואצים באופן אספקת שירותים לציבור. הניסיון למנוע מגע בין אנשים, והצורך לתת מענה גדול יותר לאוכלוסייה באמצעות אותם משאבי כוח אדם, ובמצבי סגר וריחוק חברתי, הביא את מערכות הבריאות והרווחה לחפש מודלים אחרים לאספקת שירות. בולט מבחינה זו הוא השירות מרחוק בתחום הרפואה. בארצות הברית ניתנו הקלות משמעותיות ברגולציה הפדרלית והמקומית על שימוש בפלטפורמות כגון זום, סקייפ ופיס-טיים, ונרשמה עלייה משמעותית בשימוש בטלפון ובאפליקציות השונות. שינויים כאלה התפשטו במדינות רבות (Webster, 2020). בדומה, עובדים סוציאליים ברחבי העולם, במזרח הרחוק ובמדינות אירופה וגם בישראל, נדרשו לבצע התאמות להנחיות לריחוק חברתי ולהגבלות התנועה במהלך הסגרים וביניהם, ועברו כמעט מייד לתת שירות מרחוק, בין אם באמצעים ממוחשבים (Truell, 2020) ובין אם בטלפון (Nair, 2020). חשוב לזכור שלא כל אוכלוסייה היא בעלת אוריינות טכנולוגית וגישה למכשור מתאים. השימוש בטלפון הפך למשמעותי בשמירה על רצף הטיפול, במיוחד בשל הצורך לשמור על קשר ולבצע מעקב אחר אוכלוסיות בסיכון, שעבורן נדרש היה להתאים מענים בשיתוף עם גורמי טיפול שונים בקהילה. לעובדים הסוציאליים במערכת הבריאות היה תפקיד מרכזי בתקופה זו, הן בטיפול בחולים והן בטיפול בקשישים, במיוחד בכל הנוגע לתיאום עם מערכות טיפול נוספות בשירותי הרווחה וברשויות המקומיות.

תפקיד מקצוע העבודה הסוציאלית במהלך מגפת הקורונה

במהלך כל התקופה מאז פרוץ המגפה, מערכות הבריאות בעולם ובישראל נדרשו לטפל באלפי חולים, ולבצע פעולות מניעה ואיתור בקרב אלפים רבים נוספים. עם הצוותים הרפואיים נמנים גם עובדים סוציאליים, שהיו מצויים חודשים ארוכים בחזית השירות. הצטברו עדויות רבות על התפקידים, על המשמעות ועל ההשפעה של מקצוע העבודה הסוציאלית בהתמודדות של מערכת הבריאות עם המחלה ועם השלכותיה (Petrucci et al., 2020), זאת בשל הצורך להתייחס לממדים פסיכו-סוציאליים כדי להבטיח היענות, מניעה, והצלחה של טיפול (Walter-McCabe, 2020). עובדים סוציאליים בכל המגזרים: מערכת הבריאות, עבודה עם ילדים ועם מבוגרים, גריאטריה, מוסדי או קהילתי, הציבורי, הפרטי או עמותות, באירופה, באסיה, באפריקה או באמריקה - עבודת כולם השפעה ממגפת הקורונה (Truell, 2020). כמו כן, עובדים סוציאליים בארגוני בריאות התגייסו ועסקו גם בתמיכה בצוותי בריאות אחרים אשר התמודדו במהלך כל התקופה עם אתגרי טיפול מורכבים (מגדסי, בריקמן ואחרים, 2020). שירותים סוציאליים בכל תחום הצריכו היערכות מחודשת במדיניות, בתפקידים, במשימות, בדרכי התערבות, בתוכני השיח, ובדרכי הנגשה. אתגר נוסף בקרב עובדים סוציאליים היה עלייה בדרישה

לשירות, בזמן שמשאבים מוגבלים עומדים לרשותם (Truell, 2020). בעדויות אלו נמצא ביטוי גם לשיח על אודות מיצובו מחדש של התחום (Walter-McCabe, 2020).

מנהלי השירותים הסוציאליים בארגוני בריאות, בדומה לאנשי מקצוע אחרים בתוך מערכת הבריאות, נדרשו להתגייס להתמודדות עם מצב החירום החדש מבחינת הסדרי העבודה (ילקוט הפרסומים, 2020), וכן להגדיר באופן מיידי את המשימות, את המיקודים, את התפקידים, את דרכי הביצוע ואת חלוקת הסמכויות.

ניהול שירותי עבודה סוציאלית באירועי קיצון ובקורונה

היערכות לשעת חירום בקופות החולים כוללת התייחסות למצבי חירום כגון אירועי טרור, אסונות טבע ותרחישים ביולוגיים. לפיכך, יש מקום להעריך את היערכות קופות החולים להתנהלות עם מגפת הקורונה מפרספקטיבה זו, ולאור זאת לבחון מחקרים על ההתמודדות של ארגונים ושל קהילות עם אסונות. זקור (Zakour, 2007) חוקר את העבודה הסוציאלית בהתמודדות עם אסונות ועם אירועי קיצון. הוא מגדיר ניהול בחירום בראייה סוציאלית כניהול המכוון לניתוב משאבים אל הנפגעים ביותר מהאירוע. הוא מדגיש את החשיבות בהכרה של הארגון ביוזמות קהילה מקומיות ובחבירה אליהן. בן יוסף (2015) החוקר חברות וארגונים במצבי אסון, מגדיר אסון על-פי השפעותיו על הסביבה האנושית ועל-פי העדר יכולת ההתמודדות שלה עימו. הוא מגדיר אמות מידה לחוסן ארגוני בעת אסון, ככוללים מנהיגות ותרבות ארגונית, רשתות חברתיות וארגונית ומוכנות לשינוי. עקרונות אלה יכולים להגדיר תפיסה המתארת התמודדות עם העולם על-פי מודל (volatility, uncertainty, complexity, ambiguity): תנדויות, חוסר ודאות, מורכבות ועמימות. במודל זה נעשה שימוש בשנים האחרונות לתיאור קבלת החלטות ניהוליות במציאות מורכבת (Worley & Jules, 2020).

דוח של ה-Global Social Service Workforce Alliance (2020) מיפה המלצות עבור התמודדות של גורמי רווחה ועבודה סוציאלית בתקופת מגפת הקורונה. הדוח לא הבחין בין אתגרים העומדים בפני ניהול של שירותי העבודה סוציאלית במערכת הבריאות לאלו של שירותי הרווחה, אלא התייחס לשלושה תחומים בניהול של שירותי הרווחה כיום: קידום, מניעה ותגובה. בהיבט של הקידום נדרש היה להגדיר את העובדים הסוציאליים כחיוניים, לדאוג לתיאום בין ארגונים ובין תחומים, להגדיר דרכי עבודה ונהלים בזמן מגפה, להדריך עובדים ולנתר את המצב. בהיבט של מניעה נדרש לזהות משקי בית שבריים ואוכלוסיות בסיכון, לעבוד עם מנהיגי קהילה, להעניק תמיכה פסיכו-סוציאלית מרחוק, לתת מענה למצוקות קשישים וילדים וכן למצוקות משפחתיות, ולקחת חלק באיתור מגעים של חולי קורונה מאומתים. בהיבט של תגובה נדרש לטפל בחולים, לתת הגנה ותמיכה למשפחות הסובלות מאלומות, מהזנחה ומניצול, ולהמשיך לנהל את הטיפול בשירותי השגרה, ולסייע בהתמודדות עם אובדן ובשורה מרה. עם כל ההיבטים האלו מנהלי שירותים לעבודה סוציאלית במערכת הבריאות בכלל ובקהילה בפרט נדרשו להתמודד.

ניהול העבודה הסוציאלית במערכת הבריאות בקהילה

קופות החולים מחויבות על-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי (התשנ"ד-1994) לספק שירותי בריאות למבוטחיהן. חוזר מנהל רפואה 56/2003 – "הפעלת שירותי עבודה סוציאלית במערך הבריאות בקהילה" (משרד הבריאות, 2003) מגדיר את תפקידי העבודה הסוציאלית בקופות החולים. אלו

אמונים על מתן שירות פסיכו-סוציאלי לחברי קופות החולים במעגל החיים, לפי הצורך ובהתאם לנסיבות ולמגבלות שלה. בכל הקופות השירותים לעבודה הסוציאלית מספקים למטופלים ולמשפחות מגוון רחב של שירותים, בכל תחומי הטיפול הרפואי, בכללם רפואה כללית, בריאות הנפש, גריאטריה, התפתחות הילד.

מנהלים בתחום העבודה הסוציאלית בעולם ובישראל ניווטו בסערת הקורונה את השירותים תוך התמודדות עם אתגרי ניהול חדשים ומרובים, שכללו בשלב הראשון גם התמודדות עם הוצאה של עובדים סוציאליים רבים לחופשה ללא תשלום (חל"ת), דווקא בתקופה שבה הצורך בהם עלה (וייס-גל וקרומר-נבו, 2020; כרמון, 2020). מנהלים של עבודה סוציאלית במערכת הבריאות בישראל בכלל ובקופות החולים בפרט, נדרשו למאמצים ולשינויים בשל המקור הרפואי של המשבר ובשל הצורך לקדם מאמצים לסייע בטיפול בחרדות ובבעיות אשר עלו כתוצאה ממשבר הקורונה תחת מדיניות של בידוד חברתי, על כל ההשלכות שלה.

מטרת המאמר

המאמר הנוכחי בא לתאר תמונת מצב של הניהול של העבודה הסוציאלית בקופות החולים בתקופת מגפת הקורונה בשלושה היבטים: 1. התמודדות עם אירוע חירום; 2. מיצוב העבודה הסוציאלית, 3. אתגרי הניהול של המנהלים.

שיטה

מאמר זה מבוסס על ראיונות. אחת המנהלות בשירות הארצי לעבודה סוציאלית במשרד הבריאות ראינה את ארבעת המנהלים הארציים של שירותי עבודה סוציאלית בארבע קופות החולים (כללית, מכבי, מאוחדת ולאומית) במטרה לתאר את הניסיון שהצטבר בתקופת המשבר. בפרק הזמן שבו הוחלט לקיים את הראיונות, לא היה ניתן להשתמש בכל הדרכים המתאימות ביותר לבחירת אוכלוסייה נוספת לראיון (יש רק ארבעה מנהלים ארציים ולא היה ניתן להוסיף מנהלים בכירים אחרים), או לבצע מערך מחקר מקיף יותר או בשיטה איכותנית. לפיכך, נקטנו גישה של חקר מקרה, כדי להגיע לתובנות על המצב. הראיונות היו אמצעי לתאר את הניסיון שהצטבר בתקופת המשבר הראשונית ואת אתגרי הניהול. המאמר נכתב בעיצומו של משבר הקורונה בין הסגרים השני והשלישי, וראינו חשיבות רבה בתייעוד של חוויות ושל אתגרי הניהול של שירותי העבודה הסוציאלית בקופות החולים בתקופה זו.

בחירת המדגם

הבחירה בקבוצה מצומצמת של ארבעה מנהלים המחזיקים באותה הגדרת תפקיד בארבע קופות החולים באה לאפיין את הניהול, את הדומה והשונה בארגונים הדומים במטרתם, אך השונים בהיסטוריה, במבנה הארגוני, בגודל ובתמהיל אוכלוסיית היעד. יתרון צורת הדגימה הוא בהבנת החוויה הניהולית של קבוצה קטנה וייחודית. חיסרון צורת הדגימה הוא במגבלות הגיוון. לא הייתה התנגדות בקרב המנהלים להתראיין ולהשתתף בשמם במחקר. המנהלים (שלוש נשים וגבר אחד) משמשים בתפקידים בין 3 ל-22 שנים, שלושה בעלי תואר שני ואחת בעלת תואר שלישי בעבודה סוציאלית. הם בעלי ותק ארגוני של עשרות שנים בקופות החולים שבהם הם עובדים. מדובר במנהלים שצמחו בתוך

הארגונים שלהם. הקופות נבדלות בהיקף המבוטחים בקופה, אשר מספרם נע בין 730,000 ל- 4.5 מיליון חברים. הקופות והשירותים שאותם הם מנהלים שונים בגודל הארגון ובתרבות הארגונית שלהם וכן בדגשים אתניים, דתיים, סוציו-אקונומיים וגאוגרפיים של תמהיל חברי כל קופה.

דרכי איסוף הנתונים

המנהלים בקופות החולים (מראיינים) והמנהלות ממשרד הבריאות נמצאים בקשר מתמיד ובשיתוף פעולה באופן תדיר לצורכי פתרון בעיות וקידום מדיניות. ההחלטה לכתוב מאמר משותף נבעה מהחוויה החדשה והטוטאלית של מגפת הקורונה, ומהשפעתה על מקצוע העבודה הסוציאלית בבריאות בכלל, ועל ניהול העבודה הסוציאלית בקופות החולים בפרט. ההחלטה להתפצל למראיינים ולמראיינים נבעה מאילוצי עומס עבודה בקופות. קיימת ראשוניות באופן יצירת המאמר והכתיבה: עשייה משותפת של הכותבים שתפקדו כמראיינת וכמראיינים. לצד העבודה המשותפת, יש לזכור שמדובר במראיינים מארבע קופות חולים, ומראיינת שהיא ממשרד הבריאות. לכך יש משמעות בשל היחסים בין משרד הבריאות לקופות החולים – רגולטור ומתווה מדיניות מול מבטח וספק שירותים.

איסוף הנתונים התבצע בחודש יולי 2020 באמצעות ראיונות אישיים ב"זום", שארכו כשעה, עם כל אחד מהמנהלים. עיתוי איסוף המידע בציר הזמן של מגפת הקורונה היה בתקופה שבה הודקו ההגבלות על ההתקהלות (חוק סמכויות מיוחדות להתמודדות עם נגיף הקורונה החדש [הוראת שעה], תש"ף, 20.07.2020) והיקף המקרים המאומתים ליום עמד על קרוב ל-2,000 (משרד הבריאות, תכתובת פנימית, מרץ 2021 – "מקרים מאומתים ב-COVID-19 לפי תאריך אבחון, ממוצע נע"). מה שהוביל להחמרה בהנחיות כלפי הציבור ובמצב בריאות הציבור. הראיונות הוקלדו תוך כדי הריאיון במחשב משרד הבריאות, בתוכנת WORD.

המראיינים נשאלו שאלות באמצעות שאלון חצי-מובנה בהקשר של מגפת הקורונה משלושת ההיבטים הבאים:

- א. התמודדות עם אירוע חירום (לדוגמה: ספרי לי על מדיניות ותוכניות לפעולה בחירום [ביולוגי או אחר] בקופת החולים ובשירות הסוציאלי).
- ב. המיצוב של העבודה הסוציאלית בקופות החולים (לדוגמה: מה הם תפקידי העבודה הסוציאלית בקופת החולים בזמן הקורונה?)
- ג. מה היו אתגרי הניהול של מנהלי השירותים הסוציאליים בקופות החולים בתקופה זו (לדוגמה: מה היה עבורך האתגר המורכב ביותר בתקופה זו?)

השאלות שנשאלו הוצעו על-ידי מחברי המאמר, והתבססו חלקית על המקורות הבאים:

- א. שאלון בקרה לשעת חירום של משרד הבריאות מתוך אתר האגף לשעת חירום במשרד הבריאות (משרד הבריאות, 2013)
- ב. שאלון הערכה עצמית, COVID-19 response capabilities (Deloitte, 2020).
- ג. מודל PERMA של הפסיכולוג מרטין זליגמן (Seligman, 2013).
- ד. מודל VUCA (Worley & Jules, 2020).

ניתוח הנתונים

בשלב הראשון, התשובות לשאלות חולקו על-פי שלושת היבטים (התמודדות עם חירום, עבודה סוציאלית ואתגרי הניהול); בשלב השני, בתוך התשובות של כל היבט, זוהו נושאים מרכזיים ותתי-נושאים. שני החלקים בוצעו על-ידי החוקרת הראשונה; בשלב השלישי, נכתבו התובנות העיקריות מכל נושא ותתי-נושא, וסיכום של הנושאים בוצע על-ידי שתי הכותבות הראשונות בתיאום עם שאר כותבי המאמר ובהסכמתם.

שיקולי אתיקה בכתיבת המאמר

בהתייחס לשמירה על כללי האתיקה, ננקטו מספר פעולות, שכללו: הקפדה על שמירת המידע; הקלדת התשובות תוך כדי ריאיון; שמירת המידע במחשב של משרד הבריאות והגנה באמצעות סיסמה. לא נתבקשו אישורים של ועדת אתיקה, לא בקופות החולים ולא במשרד הבריאות. המרואיינים עצמם פיתחו את הריאיון והוא עסק בהם, ללא עיסוק בפרטים שהם צד ג' למחקר. למעשה הכותבים חוקרים את עצמם ואחד את השני. מתוך סד הלחצים המאפיין תקופה זו במקומות העבודה, במקום כתיבה אישית של כל מנהל על חוויותיו, אחת התנדבה לראיין והשאר התראיינו. באשר לסוגיית זיהוי המרואיינים, בשל גודל המדגם והאפיון המקצועי המצומצם מאוד והמזוהה בקלות, לא ניתן למעשה להסתיר את זהותם של המרואיינים, וניתן לעיתים לזהות מתוך ההתבטאויות מי אמר אותן.

ממצאים

מגפת הקורונה: מאירוע חירום למחולל שינוי ארגוני – "די מהר לתוך המשבר הבינו שהשנה תשתנה"

בשלב הראשוני נתפסה התפרצות מגפת הקורונה כאירוע חירום. קופות החולים בשגרה מתרגלות ומתכוננות לאירועי חירום מסוג טרור או מלחמה, אירוע ביולוגי ואסונות טבע: "יש פק"ל שעת חירום לכל אירוע, לכל מרפאה יש קלטר שעת חירום. שבו יש חלוקה לסוג האירוע עם תוכנית מאוד ברורה למי פונים". אולם כאשר התפרצה מגפת הקורונה, וככל שהתארכה תקופת ההתמודדות, באו לידי ביטוי שינויים מערכתיים במספר תחומים: הראשון, שינויים בניהול ובתפעול בארגון; השני, שינויים בתפיסת קהל היעד ובגבולות השירות; השלישי, שיתופי פעולה חדשים; והרביעי, שינויים בהיבטים טכנולוגיים של שגרות עבודה ואספקת שירותים.

השינויים בתפקוד הארגון, קבלת החלטות וצורת הפעילות באו לידי ביטוי בדברי המנהלים, אשר ביטאו כולם את תחושת השינוי שהתחולל בתפקוד הארגון ובמבנה הארגוני: "יש הגמשה של תהליכי קבלת החלטות, הגמשה ויצירת שינוי תודעתי"; "השטחה של ההיררכיה מהמטה לשטח", ובהפחתת מועדי החלטה וביצוע: "[הקורונה] גרמה לקיצור לוחות זמנים, למיקוד ולמציאת פתרונות". אתגר נוסף היה לספק מענה גם למטופלים כבימי שגרה, וגם למקד מאמצים לטיפול במצב החירום שנוצר עקב עלייה בהיקף החולים בבית, כולל תחלואה רבה במשפחות. כלומר, לייצר מערכים מקבילים שיתפקדו לאורך תקופה ממושכת: "נכון להיום אנחנו עסוקים מאוד בקורונה לצד המשך השגרה, בעצם אתה עובד משרה וחצי גם וגם".

כל המנהלים התייחסו לשינוי בקהלי היעד ובגבולות הגזרה המקצועית של קופת החולים. הם תיארו תוכניות שכללו פניות יזומות לאוכלוסיות שנתפסו כמצויות בסיכון אך חלקן נמנעו מלהגיע למרפאות ולמרכזים הרפואיים: "במהלך הקורונה נוצר ואקום טיפולי, והקופה נכנסה לוואקום הזה"; "הגדרת אוכלוסיות להתערבות פרו-אקטיבית". הגדרה ופנייה לאוכלוסיות בכמות של עשרות ומאות אלפים כפי שהעידה אחת המנהלות: "הוגדרו 200,000 מטופלים ברמה הכי גבוהה של סיכון רפואי". אוכלוסיות שנתפסו בסיכון, על בסיס גיל, מצב סוציו-אקונומי, מחלות כרוניות, מצב משפחתי: "בראש ובראשונה תמיכה במטופלים חולים, מבודדים, עם תנאים לא טובים, האוכלוסייה המבוגרת, בדגש על הקשישים בעוני, העריריים, המרותקים, ואוכלוסיות אחרות הנמצאים בסיכון לקורונה. לטפל, להנגיש, לתמוך". המנהלים תיארו גם האצה בכינון שיתופי פעולה חדשים ואת הצורך לפתח שיתופי פעולה כדי לקדם את צורכי הטיפול במגפה, וכדי לתת שירות מקיף למטופלים: "פריצות דרך בשיתופי פעולה, ברמת קובעי המדיניות, החלטה על פרויקטים משותפים, כוונה לקדם תוכניות משותפות בשתי ערים כדגם להרחבה של שיתופי פעולה בערים נוספות". שותפים טבעיים היו משרד הרווחה, הרשויות המקומיות ופיקוד העורף, והמגזר השלישי - קופות החולים: "כל הנושא של שיתופי הפעולה בין הארגונים השונים שטיפלו, משרד הבריאות, פיקוד העורף, הרווחה והקופה שלנו, פלוס ארגוני מתנדבים. היו המון גורמים שכל אחד עשה משהו, ולהצליח לארגן את כל הדבר הזה מבחינת עבודה משותפת, העברת מידע באופן מאובטח, קבלת מידע". עוד עלה מהמנהלים כי מצב החירום האיץ שינויים טכנולוגיים שבאו לידי ביטוי גם בשינוי בצורת העבודה ובאספקת השירות: "תוך ארבעה, חמישה ימים חיברו את כולנו לעבודה מרחוק. אין לי עובד שלא מחובר בטלמדיסין"; "פיתחנו אפליקציה אחרת של טיפול מרחוק". גם ביכולת לנתח מידע על אודות מטופלים, לקבל תמונת מצב כדי לסייע בקבלת החלטות: "יש שליטה בהחלט טובה גם על התנועה של המטופלים, מערכות ו8 מאוד חזקות, מערכת שליטה עם CRM". כולם התייחסו לשינויים הטכנולוגיים, בעיקר בכל הנוגע לעבודה מרחוק, שהיוו שיפור ושדרוג בעבודה שלהם ובשירות למטופלים. עם זאת, היו שהביעו חשש שבקפיצה הטכנולוגית יודגשו פערי נגישות, גיל, מעמד ואוריינות טכנולוגית: "האוכלוסיות שיותר קשה זה אנשים פחות דיגיטליים, עם פחות אמצעים, פחות תקשורתיים. איתם צריך ללמוד לעשות את זה יותר טוב".

התמודדות מערכת הבריאות בקהילה עם הקורונה התחילה כאירוע חירום על-פי תורת חירום ידועה ומתורגלת, אולם ככל שמגפת הקורונה גדלה בזמן ובהיקף, היבטי השינוי שהוא נגע בהם הלכו והתרבו בתפקוד קופות החולים, בהגדרת קהלי היעד ובנסיבות הפנייה אליהם, בהגדרת שיתופי פעולה חדשים שוטפים, בפיצול מערכי השירות למתן שירות חירום ושירות שגרה במקביל ובתפעול הטכנולוגי. המנהלים ראו שינויים אלה כתהליך חיובי, פורץ דרך ומחולל הזדמנויות הן בייעול עבודת הקופה והן לטובת השירות למטופלים.

מיצוב העבודה הסוציאלית בהתמודדות עם מגפת הקורונה - "פתאום רואים אותנו"

למגפת הקורונה הייתה השפעה משמעותית על שירותי העבודה הסוציאלית בקופות החולים. המנהלים היו עדים לשינויים המתחוללים, ואפיינו אותם במספר היבטים: הראשון, המיצוב של מנהלי העבודה הסוציאלית בהיררכיה הניהולית; השני, הערך המוסף של העבודה הסוציאלית כפי שהלך והתברר במהלך המגפה; והשלישי, ההמשגה של העבודה הסוציאלית וההכרה בה בקופות החולים בעקבות מגפת הקורונה. מה שחולל את השינויים נבע מהצורך של הארגון, של העובדים ושל

המטופלים להתמודד עם המגפה ועם השלכותיה. בהתייחס למיצוב של מנהלי העבודה הסוציאלית בהיררכיה הניהולית התברר כי המנהלים של השירותים לעבודה סוציאלית היו שותפים בוועדות תכנון וביצוע ברמת חטיבות הבריאות, אולם לא לקחו חלק במעגל החלטות של הנהלות הקופה: "אני שותף מלא, במשל"ט [מרכז שליטה] פה בחטיבת הבריאות כשיש שיחות עם המנהל שלי, שומעים את קולנו"; "אני שותפה בפורום המטה". בתחומי העבודה הסוציאלית היה להם חופש פעולה לקבל החלטות ולבחור כיצד להוציא לפועל: "יש לי המרחב לקבל החלטות. על התחום שלי אני שולטת". מעגלי ההשפעה של המנהלים בעבודה הסוציאלית לא השתנו פורמלית בהתמודדות הקופה עם נגיף הקורונה. כל המנהלים התייחסו לתקופה זו כמדגישה את היתרונות ואת הערך המוסף של מקצוע העבודה הסוציאלית, הן את הרלוונטיות של המקצוע במערכת הבריאות בעת התמודדות עם מגפה: "היכולת להבין מורכבות לעומקה, ולייצר הטבה והרגעה שמאפשרת התמודדות יותר טובה", "ערך מוסף ביכולת להתייחס למשברים משפחתיים, נפשיים [...] מיצוב הממד הפסיכו-סוציאלי בניהול הטיפול בפרט ובמשבר בכלל"; והן את התפיסה הטיפולית הרב-ממדית, ואת הגמישות ביכולת לייצר מענים: "היכולת של העובדות הסוציאליות להיות גמישות ולהיכנס לנישות שהיו צריכים אותן בתוכן". יתר על כן, עובדים סוציאליים היו פעילים ויזמו שותפויות בין-ארגוניות שהיו צו התקופה וייצגו את קופות החולים: "יצרנו קשר עם הרשויות המקומיות"; וגם סיפקו תמיכה פנים-ארגונית עבור צוותים רפואיים: "לעבודה סוציאלית תפקיד מאוד חשוב בתמיכה הפנימית, לצד רוחת העובד, בשיתוף פעולה הנוגע להתמודדות במצבי משבר". נוספה לכך ההכרה בתרומה של העבודה הסוציאלית להתמודדות עם הקורונה. כל המנהלים דיברו על תקופה זו כתקופה שבה הרלוונטיות המקצועית תרמה להכרה בעבודה הסוציאלית בארגון: "מעריכים עובדת סוציאלית כשהיא מורידה ממך משא"; "בימי שגרה לא כל כך רואים את העבודה, ופתאום כעת קלטו כמה אנחנו משמעותיים, משאב שמקל ויכול לפתור בעיות. חרוצים ונרתמים". התכיפות של התקשורת והתמיכה בין גורמי ההנהלה הרפואיים ובין אלו הסוציאליים התגברה באופן משמעותי: "אם פעם היה מדבר איתי פעמיים בשבוע, כעת זה 14 פעמים ביום".

לפי תפיסת המנהלים, מגפת הקורונה הדגישה את הייחודיות ואת היתרונות של מקצוע העבודה הסוציאלית, בכך שהרבה מהמיומנויות שלה רלוונטיות להתמודדות עם המגפה; הן בקידום מטרות בריאות הציבור, והן בגישה הרב-ממדית לפרט ולמשפחה, בגמישות ובתקשורת הבין-ארגונית. רמת ההשפעה בהיררכיה הניהולית נותרה כשהייתה, אבל הנראות, ההכרה, המעורבות והשיתוף התגברו מאוד. מגפת הקורונה יצרה הזדמנות גדולה עבור מקצוע העבודה הסוציאלית להביא לידי ביטוי את מגוון התפקידים, המשימות והתחומים שבהם היא יכלה להביא ערך מוסף להתמודדות הכוללת בקופת החולים בעת מגפה.

היבטים בחוויית הניהול: אתגרים ומענים – "כל הזמן להבין מה קורה ולהוציא מזה משמעות"

המנהלים תיארו אתגרים ומענים במספר תחומים, והתייחסו לחוויה האישית שלהם ולהתמודדות עימה. הראשון, חוויית העבודה בתוך שינוי מתמיד; השני, משאבי התמודדות אישיים; והשלישי, מגבלת המשאבים וההתמודדות עימה. מרבית המנהלים חוו עומס גדול בהרבה ממה שהיה לפני המגפה, הן בכמות ובמגוון התחומים והמשימות שהעבודה הסוציאלית נדרשה להם, הן בצורך לטפל בנושאי כוח אדם, לנייד משאבים ולשמור על איזון ועל צלילות. המנהלים תיארו עבודה בתוך שינוי מתמיד, שלוותה

בעדכונים תכופים בתוך קופות החולים, מבחינת הנחיות ומבחינת המצב בשטח: "יש תקשורת ברמה של כמעט כל שעה, אם יש חוסר בהירות, היא לא נובעת מחוסר בהירות מתוך הארגון עצמו אלא מתוך הנחיות חיצוניות", מהבחינה הזו הם מביעים שביעות רצון מהתקשורת בתוך הארגון, ופחות ממה שמגיע מחוץ לארגון: "קיבלתי הנחיות וחוזרים שמתנגשים אחד עם השני [...] השטח ציפה להנחיות מאוד ברורות ולמישהו שיגיד מה עושים ומה לא"; "כמנהלת, ההנחיות היו מגיעות לשטח לפני שהן היו מגיעות להנהלה". לדברי חלק מהמנהלים, השינוי מורגש גם מצד המטופלים: "מהצד השני יש קהל מאוד גדול שגם משנה את ההתנהגות שלו אל מול נותני השירות". מרבית המנהלים התייחסו למשאבי התמודדות אישיים בניהול, וציינו את ההתייעצות ואת התמיכה הבין-צוותית כמשאב חיוני לניהול היום-יומי שלהם, "אני בניהול מאוד דמוקרטי, הרבה התייעצויות עם פורום המנהלות שלי"; "מנהלת בצורה שקופה ותוך שיתוף וקבלת החלטות וגיוס השותפים"; "אם את קשובה לעובד אפשר להפיק ממנו המון". אחרים הדגישו את הצורך להזכיר לעצמם את חשיבות המטרה והיכולת האישית, "הבנת הייעוד, השליחות, האמונה, בניסיון בידע בביטחון העצמי ובתחושת המסוגלות". אחרים נסמכו גם על תאוריות ניהוליות: "מבחינת תאוריה מערכתית, התערבויות בשעת משבר והווקה שהיא מאוד עזרה לי". עם זאת, בלטו בדבריהם גם המגבלות והקשיים של התקופה. כל המנהלים דיברו על מצוקת משאבים, בעיקר מצוקת כוח אדם: "אין הקצאת משאבים יתרה. עובדים עם מה שיש"; "לא נעשה שינוי במצבת, והם קיבלו עוד הרבה מאוד משימות שקשורות בהתייחסות לצוותים, אלימות במשפחה וועדת החריגים". חלקם דיברו על ניוו עובדים מתחומים פחות עמוסים לתחומים יותר עמוסים: "הרבה עובדות נותבו לפעילויות פרו-אקטיביות בטלפון בעיקר במחוזות. ליצור קשר עם אוכלוסיות יעד מוגדרות, מענה רגשי לחולי קורונה". אתגר הניהול מבחינת המנהלים כלל את הצורך לקדם תגמול נוסף של עובדים, ולהגן על כוח האדם שתחת ניהולם מפני שחיקה: "לשמור על העובדים ועדיין לתת מענה מספיק טוב לקולגות ולמטופלים"; "סוגיות של תגמול העובדים, על שעות נוספות, שעושים את המוות בשביל להכיר בהם".

ניתן לומר בזהירות שהמגפה אומנם הגיעה בהפתעה, אבל ההבנה שהניהול של העבודה הסוציאלית צריך להתאים עצמו למאפייני סביבה המשתנה במהירות כלל לא הפתיעה את המנהלים. סגנונות הארגון והניהול מגוונים, אבל ההסתמכות של המנהלים על מעגל התייעצות נרחב חזרה שוב ושוב כאמצעי התמודדות. אמונה במטרה, הזדהות עם הארגון ותרבות של התגייסות בחירום ובמיעוט משאבים, חזרו גם כן. המנהלים תפסו עצמם כשומרים על תנאי העבודה והרווחה של העובדים הסוציאליים בארגון, ועסקו רבות בנושא הזה בתקופה.

כמנהלים, מה עזר לנו? ולמה היה לנו חשוב לכתוב את המאמר?

במאמר זה ניסינו להביא ליד ביטוי את האתגרים בניהול שעימם התמודדנו, מה שאפשר התבוננות והגעה לידי תובנות על התהליכים שעברנו. בהתבוננות וברפלקציה שעשינו על החוויות של שנה זו עלו מספר היבטים נוספים על אלו שתוארו.

ההיבט הראשון הוא הצורך המשותף לתעד ולבחון ולו באופן ראשוני את הניהול שלנו, כפי שאמרה אחת המנהלות:

מאז פברואר 2020 התוודעתי לעבודת המנהלים של השירותים הסוציאליים בקופות החולים, ולשיח המתמשך עימם. כשאחת המנהלות הציעה לכתוב מאמר, וכשהיה

ברור שהמנהלים אינם מתפנים לכתיבה, הצעתי לחבר שאלון שיהיה בנוי מנושאים המעסיקים אותם, ולראיין אותם, בשאלות דומות, אשר ילמדו על הדמיון ועל השוני בעבודתם.

ומנהלת נוספת הוסיפה:

כשאני מתבוננת על התפקוד שלנו בשנה הזו אני מלאת הערכה לצוותים בכלל ולעובדות הסוציאליות בפרט, על התגייסות ומחויבות עמוקה חרף הקשיים והפחדים. לכן גם היה לי חשוב מאד לכתוב מאמר זה עם שותפיי כדי לשקף את האתגרים והמשימות של ניהול בעת מגפה שעבורי היא ניסיון חדש ואחר.

ההיבט השני מדגיש את החשיבות של יחסי התמיכה ושל שיתופי הפעולה בין מנהלי השירותים שקדמו לקורונה, כפי שביטאה זו אחת המנהלות:

בקורונה, כמו גם בימים כתיקונם, השירותים לעבודה סוציאלית בארבע הקופות ובמשרד הבריאות פועלים בשיתוף פעולה ובלמידה הדדית רציפה למען קידום העבודה הסוציאלית במערכת הבריאות. השילוב האנושי והמקצועי, יחד עם המאפיינים הייחודיים של כל אחד מהגופים, מאפשר שלם אחד גדול בו כל אחד מאיתנו משלים את האחרים ולומד מהם. האפשרות לכתוב את המאמר היא פרי של הרגלי עבודה משותפים מזה שנים, אשר הבשילו לתוצר משותף.

ומנהל נוסף ציין:

בכתיבת המאמר היה שילוב מאוד יפה של נכונות של חלק מהפורום לקחת פיקוד ולהשלים אחד את השני. כאן כל אחד תומך בשני, ובעקבות השיתוף שנוצר אנחנו מזהים מגמות, מכלילים, לומדים ברמה הרחבת.

ההיבט השלישי מתאר את הצורך הברור להסתגל במהירות, למצוא פתרונות ולהתארגן בתנועה מתמדת, תוך שמירה על איזונים בין הצרכים המרובים והשונים, כפי שביטאה זו אחת המנהלות:

הדרמה שהתחוללה בשנת הקורונה טלטלה את הציבור ואת מערכת הבריאות. כמנהלת בקופה שאני חשה גאווה להשתייך אליה, הרגשתי שותפה לאחריות הגדולה שעמדה על כתפנו לטפל בחולי הקורונה ומשפחותיהם, להמשיך בו זמנית לטפל ולהתאים את שגרות ותהליכי העבודה לצרכים המשתנים ולהנחיות המתחדשות.

ומנהלת נוספת ציינה: "בעת כתיבת המאמר, בשלב הראשון של המגפה, היינו בעיצומו של תהליך למידה מהיר, אשר דרש התארגנות ויצירתיות למתן מענים מקצועיים למטופלים ולצוותים המטפלים בקופות".

דיון

מנהלי השירותים הסוציאליים מעידים שבארגוניהם מגפת הקורונה נתפסה כאירוע חירום מתמשך ומשתנה, אשר היווה מנוף להאצת שינויים ארגוניים רבים: בקהלי היעד, בשותפויות, בעבודה יזומה, בטכנולוגיה ובדרכי הנגשת השירות.

עולה גם שמקצוע העבודה הסוציאלית, בכלל מערכת הבריאות וברפואת הקהילה בקופות החולים, נתפס כרלוונטי באופן מתמיד בהשגת המטרות לטובת המטופל ומשפחתו ובהתמודדות עם האיום על בריאות הציבור. הרלוונטיות הזו, שגובתה בריבוי משימות חדשות ומגוונות, בתחזוקת שגרה וחירום בו-זמנית, במתן מענה למטופלים ולצוותים, הוכיחה את עצמה, והעבודה הסוציאלית זכתה להכרה, לנראות, ולהבנה – רבים מתמיד, מצד אנשי צוות והנהלות בקופות החולים.

עבור המנהלים תקופה זו הייתה תקופה שאליה הגיעו מוכנים מנטלית, משום שנושא הניהול במציאות משתנה, היה נושא שעסקו בו והתמודדו איתו עוד לפני המגפה. אולם במגפה עצמה המציאות המשתנה קיבלה ביטוי רב בשל העומס, השינוי המתמיד, הצורך לייצר כפל מענים, הצורך לייצר שותפויות חדשות, לנתב עובדים, להגן על זכויותיהם ועל רווחתם, ולשנות צורות עבודה בעקבות אילוצים של בריאות הציבור ושינויים טכנולוגיים.

עבור המנהלים הייתה זו תקופה של מתן הזדמנויות לתחום העבודה הסוציאלית ולביטוי אישי-מקצועי חסרי תקדים. זוהי תקופה שבה העוצמה נבנתה על בסיס שותפות ותמיכה הדדית, בתוך המקצוע, בתוך הארגון, ובתוך מערכת הבריאות והרווחה כולה.

עם זאת, עדויות אלו לא תמיד עומדות בהלימה עם האתגרים שעיימם מתמודדים המנהלים בשגרה כאשר הם נדרשים לתת מענים במצב של משאבים מוגבלים, של פערי תקינה וכוח אדם בתחום העבודה הסוציאלית, אשר נמצאים בחסר בכל הקופות. ייתכן כי לנוכח משבר כה דרמטי, ההתגייסות של המנהלים הייתה טוטלית ומחויבת, כדי לתת מענה למצב החירום תוך שהם מניחים הצידה את תסכולי הניהול שבשגרה "ונכנסים מתחת לאלונקה" כדי לקחת חלק במאמץ לאומי להתמודד עם המשבר.

מתוך עדויות המנהלים עולה כי קופות החולים והמנהלים בתוכם, עובדים בהלימה לתפיסת הקידום, המניעה והתגובה בעבודה סוציאלית שהוזכרה קודם לכן (Global Social Service Workforce Alliance et al., 2020). אם קידום מוגדר כדאגה לתשתית כוח האדם ולשותפויות, הרי שאלו העסיקו את המנהלים רבות, בניסיון לשמר את מצבת כוח האדם, להיאבק על תנאים ועל שעות נוספות, ולקדם שותפויות עבודה עם משרד הרווחה, עם רשויות מקומיות ועם ארגונים נוספים. אם מניעה מוגדרת כזיהוי אוכלוסיות בסיכון ומתן מענה מקדים, הרי שקופות החולים, באיתור מוקדם ובהגדרה של אוכלוסיות בסיכון ויצירת פניה יזומה, מענים ושותפויות חדשים, בהחלט קידמו את העקרונות הסוציאליים, וגיבו את העבודה הסוציאלית בקופות החולים בקידומם. אם תגובה מתבטאת בטיפול בחולים, במתן הגנה ותמיכה למשפחות הסובלות מאלימות, הרי שמענים רבים קודמו בתקופה זו, בתוך הקופות וגם מבחוץ, גם בלא תוספת משאבי כוח אדם.

חשוב לזכור את הקשר בין מגפת הקורונה לפערים חברתיים ולשירותי הבריאות. מגפת הקורונה הדגישה פערי הכנסה, מקצוע, ונגישות, וטלטלה את היציבות הכלכלית של קהילות ברחבי העולם

(Montenovo et al., 2020). שירותי הבריאות חייבים להמשיך לקחת בחשבון את נושא הפערים, ולנסות לצמצמם. המנהלים נתנו על כך את הדעת רבות, בין אם במחשבה על נושא האוריינות הדיגיטלית ובין אם בהסתכלות רחבה יותר על מכלול הצרכים החברתיים של המטופלים שלהם. שיתופי פעולה שנוצרו נדרשו בין היתר כדי לטפל באוכלוסיות שגם בימי שגרה סבלו מחסכים ומפערים כלכליים ואישיים. עבורן נדרש היה להגיש עזרה רבה הן של מערכת הבריאות והן של מערכות הרווחה, בשל מצבי חולי או צורך בבידוד שיצרו לחץ רב וגייסו את העובדים הסוציאליים לפעולה. כך נעשה לדוגמה מיפוי צרכים על-ידי הרשויות המקומיות ושירותי הרווחה, והוגדרו במהירות תהליכי עבודה בין הארגונים, כגון העברת מידע על קושי להשיג תרופות במיוחד בסגרים, קושי לטפל בילדים עם צרכים מיוחדים בבית ובקשישים בודדים. גיבוש תהליכי העבודה כלל בין היתר טיפול בסוגיות של אבטחת מידע, כדי שמידע על צרכי מטופלים יוכל לעבור בין המערכות ויאפשר טיפול תוך שמירה על חיסיון ועל אבטחת המידע.

נראה גם כי ניהול שירותי עבודה סוציאלית בקופות עורר וחייד בתקופה זו דילמות, לדוגמה הגבולות והאתיקה של התהליך הטיפולי; יצירת קשר טיפולי איכותי ויצירת אמון כאשר הטיפול ניתן מרחוק, תוך שמירה על כללי הטיפול, החיסיון ואבטחת המידע; תעדוף משימות במצב של עומס וריבוי מצוקות. לכל זה ניתן להוסיף איזון בין הזכות והצורך של המטופלים לקבל שירות לבין סכנות חשיפת עובדים למחלה והידבקותם, והחלטה אם למלא אחר הוראות ואחר מדיניות לאומית או ארגונית, או לחרוג מהן (Banks et al., 2020).

כל המנהלים הביעו הזדהות, מחויבות, אמון וגאווה בארגון שבו הם עובדים. כולם התייחסו לתפקיד של גורמי החוץ השותפים להתמודדות, הכוללים את משרד הבריאות, את פיקוד העורף, את משרד הרווחה, את הרשויות המקומיות ואת קופות החולים האחרות. משרד הבריאות נתפס כגורם אשר אחראי למתן הנחיות, שהן לעיתים סותרות, מה שמקשה מאוד את ביצוען. היבטים אלו שהועלו על-ידי המנהלים תואמים במידה רבה למרכיבי תפיסת החוסן הארגוני כפי שמתאר אותה בן יוסף (2015). תפיסה זו כוללת שלושה מוטיבים מרכזיים. הראשון, מתייחס למנהיגות הארגונית המעודדת התלהבות מאתגרים, גמישות ארגונית, מחויבות עובדים ועידוד חוסנם. השני, מתייחס לרשתות חברתיות, לעידוד יצירת מערכות יחסים, לעזרה הדדית ולתקשורת פתוחה. והשלישי, מתייחס למוכנות לשינוי המוגדרת כציפייה פרו-אקטיבית וכהיערכות לאתגרי העתיד. מרכיבים אלה לא הוגדרו במפורש בפי המנהלים כחלק מתפיסת החוסן הארגוני והאישי, אך עדויות להם נמצאו בדברי כל המשיבים. נראה כי אלו נכללים במשאבים אשר מאפשרים להם להתמודד עם אי-הוודאות, עם חוסר היציבות ועם המורכבות של התקופה.

מערכת רפואת הקהילה והרפואה המונעת בישראל הן מהמפותחות בעולם, ופועלות מתוך תפיסת הרפואה הקהילתית במעגל החיים כבסיס לרווחת האזרח והקהילה (Rosenberg et al., 2013). העבודה הסוציאלית נמצאת בתוך מרחב מערכת הבריאות מאז ייסודה, ואולם המודעות של הצוות הרפואי לעבודה הסוציאלית, היקף פעילותה ופריסתה, תחומי פעילותה ומידת התערבותה בנושאים שאינם רפואיים גרידא, כמו גם השותפויות הפנים והבין-ארגוניות הם כיום בהיקפים חסרי תקדים במערכת הבריאות הישראלית. ניתן לקוות שקופות החולים והנהלותיהם מבינים את ההזדמנות של התקופה להטמיע את ממד הרווחה בתוך תפיסת הבריאות הקהילתית במעגל החיים.

מגבלות המאמר ותרומתו למחקר ולפרקטיקה

הראיונות נערכו רק בקרב מנהלים ארציים של שירותי עבודה סוציאלית בקופות החולים, והתייחסו לסוגיות הנוגעות לניהול פעילות העבודה הסוציאלית בקופות במסגרת הקהילה. ייתכן והתבוננת שעלו מחקר המצב מנקודות מבטם אינן משקפות, בהכרח, חוויות ואתגרים של מנהלים אחרים. ידוע לנו כי יש מנהלים בשירותים לעבודה סוציאלית בתחום הבריאות בקהילה, בעמותות או בארגונים לא ממשלתיים, שחוויות ואתגרי הניהול שלהם עשויים להיות שונים. לפיכך ממצאים אלו לא מייצגים את אתגרי הניהול של מנהלים בשירותי הבריאות השונים באופן גורף.

במדינת ישראל שירותי הבריאות מסופקים לאזרחים באמצעות ארבע קופות חולים. בארצות שונות יש מבנים שונים של דרכי אספקת שירותי בריאות, כך שייתכן ויהיה קושי להקיש מהממצאים שהוצגו כאן על הנעשה בשירותי עבודה סוציאלית במערכות בריאות בעולם.

לאור הממצאים ניתן לומר שעבודה סוציאלית המשולבת ברפואת הקהילה היא מרכיב חשוב בהתמודדות עם מגפת הקורונה ברמת שמירת בריאות הפרט והציבור. לעבודה הסוציאלית ברפואת הקהילה תרומה משמעותית למימוש יעדי הטיפול עבור המטופלים ולתפקוד קופת החולים בזמן משבר.

נקודות מפתח

- מגפת הקורונה נתפסה כאירוע חירום מתמשך ומשתנה, שהיווה מנוף להאצת שינויים ארגוניים רבים.
- אתגרי ניהול השירותים לעבודה סוציאלית התבטאו בניהול במציאות משתנה, בדאגה לעובדים הסוציאליים ובמתן מענה למטופלים ולצוותים בנושאי שגרה וחירום בו-זמנית.
- העבודה הסוציאלית זכתה להכרה, לנראות ולהבנה רבות בהרבה ממה שהיה לפני כן, מצד אנשי הצוות הרפואי והנהלות בקופות החולים.
- העבודה הסוציאלית המשולבת ברפואת הקהילה חשובה בהתמודדות עם מגפת הקורונה ברמת שמירת בריאות הפרט והציבור.

מקורות

בן יוסף, ש. (2015). גישות סוציולוגיות להתמודדות עם מצבי אסון. מתוך ש. בן יוסף, מ. ברנדר, א. רייסמן, וע. טוב (עורכים), **חוסן קהילתי במוסדות המעגל הראשון - סקירת ספרות** (עמ' 8-12). ירושלים: הוצאת משרד הרווחה והשירותים החברתיים.

וייס-גל, ע. וקרמר-נבו, מ. (2020). **חל"ת לעובדים סוציאליים? זוהי חופשה עם תשלום - אישי, משפחתי, קהילתי וחברתי**. נדלה מתוך: <https://socialwork.tau.ac.il/hatlat-for-social-workers>

חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 63), התשע"ט-2018, 2757. עמ' 50, מיום 11/11/2018. נדלה מתוך:

<https://main.knesset.gov.il/Activity/Legislation/Laws/Pages/LawPrimary.aspx?t=lawlaws&st=lawlaws&lawitemid=2000111>

חוק סמכויות מיוחדות להתמודדות עם נגיף הקורונה החדש (הוראת שעה), תש"ף, 2020. עמ' 198, מיום 02/07/2020. נדלה מתוך:

<https://main.knesset.gov.il/Activity/Legislation/Laws/Pages/LawBill.aspx?t=lawsuggestionssearch&lawitemid=2141255>

ילקוט הפרסומים 20200119, התשפ"א, 1 באפריל, 2020, עמ' 1.

כרמון, ט. (2020). **כמו לצאת למלחמה ולוותר על חיל הרגלים.** דבר העובדים בארץ ישראל. נדלה מתוך: <https://www.davar1.co.il/215076/>

מגדסי בריקמן, ט., בראל, ל., בלה, א., אנגל-הייצין, א. ודפנה תקוע, ש. (יוני 2020) משבר הקורונה, תמיכה בצוותים ומה שביניהם. טיפולים והתערבויות לטובת צוותי בית החולים במהלך משבר הקורונה, **מידעו"ס 92**, 26-29.

משרד הבריאות (2003). **חוזר מנהל רפואה 56/2003 – הפעלת שירותי עבודה סוציאלית במערך הבריאות בקהילה.**

משרד הבריאות (2013). **שאלון קופת חולים – כלי בקרה האגף לשעת חירום.** משרד הבריאות. נדלה מתוך: <https://www.health.gov.il/Subjects/emergency/preparation/HMO/Pages/emergency.aspx>

Abrams, E. M., & Szeffler, S. J. (2020). COVID-19 and the impact of social determinants of health. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8, 659-661. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30234-4

The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, UNICEF, IFSW & Global Social Service Workforce Alliance (2020). Social service workforce safety and wellbeing during the COVID19 response. Retrieved from: <https://alliancecpha.org/en/child-protection-online-library/social-service-workforce-safety-and-wellness-during-covid-19>

Banks, S., Cai, T., de Jonge, E., Shears, J., Shum, M., Sobočan, A. M., & Weinberg, M. (2020). Practising ethically during COVID-19: Social work challenges and responses. *International Social Work*, 63, 569-583. doi: 10.1177/0020872820949614

Council of economic advisors. (2020). *Deregulation sparks dramatic telehealth increase during COVID-19 response*. Washington, D.C.: The White House. Retrieved from: <https://www.whitehouse.gov/articles/deregulation-sparks-dramatic-telehealth-increase-covid-19-response/>

Deloitte Israel, (2020). *COVID-19 response capabilities – organizational self-assessment*. Retrieved from: <https://COVID19.deloitte.co.il/questionnaire>

Dorn, A. V., Cooney, R. E., & Sabin, M. L. (2020). COVID-19 exacerbating inequalities in the US. *The Lancet*, 395(10232), 1243-1244. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30893-X

Montenovo, L., Jiang, X., Rojas, F. L., Schmutte, I. M., Simon, K. I., Weinberg, B. A., & Wing, C. (2020). *Determinants of disparities in COVID-19 job losses* (No. w27132). National Bureau of Economic Research.

Nair, V. S., Warriar, M., Arun, S., & Thomas, P. T. *Telephonic follow-ups during COVID-19 pandemic in chronic illness: Lessons learnt*. Retrieved from: <https://www.researchgate.net/publication/342563496>

Petrucci, L., Milano, N., Zeng, W., & Chen, Q. (2020). Lessons from Wuhan: The role of social workers during the COVID-19 pandemic. *Social Work Today*, 11. Retrieved from: https://www.socialworktoday.com/archive/exc_041620.shtml

Rogers, D., & Power, E. (2020). Housing policy and the COVID-19 pandemic: The importance of housing research during this health emergency. *International Journal of Housing Policy*, 20(2), 177-183. doi: 10.1080/19491247.2020.1756599

Rosenberg, E., Grotto, I., Dweck, T., Horev, T., Cohen, M., & Lev, B. (2013). Healthy Israel 2020: Israel's blueprint for health promotion and disease prevention. *Public Health Review*, 35. doi: 10.1007/BF03391690

- Seligman, M. E. P. (2013). *Flourish: a visionary new understanding of happiness and well-being*. New York, NY: Atria Paperback.
- Truell, R. (2020a). *IFSW: The social work response to COVID-19 – Six months on: Championing changes in services and preparing for long term consequences*. Rheinfelden: IFSW. Retrieved from: <https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/2020/07/2020-07-01-SW-Response-to-COVID-19-Six-Months-On.pdf>
- Truell, R. (2020b). News from our societies–IFSW: COVID-19: The struggle, success and expansion of social work: Reflections on the profession's global response, 5 months on. *International Social Work*, 63(4), 545-548. doi: 10.1177/0020872820936448
- Walter-McCabe, H. A. (2020) Coronavirus pandemic calls for an immediate social work response. *Social Work in Public Health*, 35(3), 69-72. doi: 10.1080/19371918.2020.1751533
- Webster, P. (2020). Virtual health care in the era of COVID-19. *The Lancet*, 395(10231), 1180-1181. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30818-7
- Worley, C. G., & Jules, C. (2020). COVID-19's uncomfortable revelations about agile and sustainable organizations in a VUCA world. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 56(3), 279-28. doi: 10.1177/0021886320936263
- Yancy CW. COVID-19 and African Americans. *Journal of the American Medical Association*. 2020;323(19): 1891-1892. doi: 10.1001/jama.2020.6548.
- Zakour, M. J. (2007). Social work and disasters. In D.A. McEntire (Ed.), *Disciplines, disasters, and emergency management: The convergence and divergence of concepts, issues and trends from the research literature*. (pp. 124-141). Springfield, IL: Charles C Thomas.

תרומת העובדים הסוציאליים למערכת הבריאות בקהילה בישראל והאתגרים שעימם הם מתמודדים

טלי צינמון, פאולה פדר-בוביס

תקציר

רקע: העובדים הסוציאליים הינם חלק ממערכת הבריאות יותר ממאה שנים, אולם השתלבותם במערכת הבריאות בקהילה חדשה יותר. במעט שנחקר על תפקידם בקהילה, בולטת אי-בהירות באשר לתרומתם, וזאת למרות פוטנציאל המקצוע לתמוך בטיפול הרפואי. כעובדים בארגוני בריאות המצויים במחסור במשאבים, ומאחר שהתערבויות פסיכו-סוציאליות כבר אינן ייחודיות למקצוע, הם נדרשים להגדיר את תרומתם למערכת.

מטרת המחקר: למפות את תפיסות העובדים הסוציאליים באשר לתרומתם לשירותי הבריאות בקהילה בישראל ובאשר לאתגרים העומדים בפניהם במסגרת התפקיד.

שיטת המחקר: המאמר מתבסס על ממצאי מחקר איכותני שכלל 16 ראיונות עומק חצי-מובנים עם עובדים סוציאליים בקופות החולים. דגימת המחקר מכוונת לשוני מרבי. הראיונות נותחו על-פי עקרונות הניתוח התמטי.

ממצאים: המשתתפים הגדירו את תפקידם כהתערבות פסיכו-סוציאלית כוללת, המשלבת תמיכה רגשית ואינטרומנטלית בחולים ובמשפחתם בהתמודדותם עם החולי, ובכך תרומתם לאספקת טיפול הוליסטי בקהילה. תרומות העובדים הסוציאליים ואתגרי העובדים הסוציאליים בתפקידם קובצו לארבע תמות בהתאם לאוכלוסיות מקבלי השירות: מטופלים, בני משפחה, חברי הצוות והמערכת בכללותה.

מסקנות והשלכות לפרקטיקה: המחקר מעלה תרומה משמעותית של העובדים הסוציאליים למטופלים, בדגש על החולים הכרוניים, לצוותים הרפואיים ולמערכת הבריאות בכללותה. ממצאי המחקר מדגישים את האתגר של העובדים הסוציאליים בשמירת ערכי המקצוע ואת האתגר בהבהרת הזהות והגבולות המקצועיים שלהם בהקשר של מערכת הבריאות כ"סביבה מארחת". הכרה בתרומת העובדים הסוציאליים למערכת הבריאות בקהילה היא בעלת חשיבות לאור השינויים שעוברת המערכת, הזדקנות האוכלוסייה והמעבר לאספקת שירותי הבריאות מהאשפוז לקהילה.

מילות מפתח: עובדים סוציאליים במערכת הבריאות, זהות מקצועית, מערכת הבריאות בקהילה, צוות רב-מקצועי, מחקר איכותני

מבוא

התפתחות העבודה הסוציאלית במערכת הבריאות

העובדים הסוציאליים משולבים במסגרות בריאות לצד מקצועות בריאות אחרים למעלה ממאה שנה (Auslander, 2001). השתלבותם החלה בבריטניה (Baraclough, 1996) ובארצות הברית (Mizrahi & Davis, 2008) במסגרת בתי החולים. בשירותי הבריאות בבריטניה הוכללו העובדים הסוציאליים (McInstosh & Bennett-Etnsle, 1993), וההבנה שנחוצה שותפות בין דיסציפלינות לאספקת טיפול רפואי אפקטיבי, הובילה ליוזמות המשלבות עובדים סוציאליים בטיפול הראשוני בקהילה (Lybery & Millward, 2002). בארצות הברית, רפורמת הבריאות בעשורים האחרונים, במעבר מאשפוז לטיפול קהילתי, הובילה לעלייה במספר העובדים הסוציאליים בתחום הבריאות. למרות מספר דרישות רגולטוריות, קיימת שנות רבה בסטנדרטים לשילוב עובדים סוציאליים במערכות בריאות קהילתיות (Jones, 2005). חרף ההכרה הגוברת בטיפול ההוליסטי במרפאות קהילתיות בארצות הברית, אלו לרוב אינן מספקות שירותי עבודה סוציאלית (Mizrahi & Davis, 2008) והיכולת של העובדים הסוציאליים לטפל בצרכים הרגשיים והחברתיים הקשורים בבריאות במסגרת המרפאות הראשוניות מוגבלת על-ידי החזרי הביטוחים (Rowe & Rizzo, 2017).

בישראל, העבודה הסוציאלית בתחום הבריאות החלה בבתי החולים עם הקמת המדינה בשנות ה-50 במאה הקודמת (סוסקולני, אוסלנדר וכן שחר, 2019). השתלבות העובדים הסוציאליים במערכת הבריאות בקהילה החלה בשנות ה-80 במסגרת מרפאות קופות החולים (ברקת, 2010), מוקדם יותר ממדינות מערביות אחרות שהכירו בצורך לשלב עובדים סוציאליים כדי לספק טיפול אפקטיבי בקהילה (Lybery & Millward, 2002). חוק ביטוח בריאות ממלכתי-1994 היווה נקודת מפנה בשילוב העבודה הסוציאלית במערך הטיפולי של שירותי הבריאות. מערכת הבריאות בישראל הינה אוניברסלית וייחודית בכך שבהתאם לחוק, כל התושבים מבטחים באחת מקופות החולים וזכאים לסל שירותי בריאות מוגדר (Baum et al., 2016). הסל כולל טיפול פסיכו-סוציאלי במצבים כרוניים ובמצבים חריפים ומיצוי משאבים כחלופה לאשפוז ומניעתו. החוק מבטיח את יכולתם של העובדים הסוציאליים לספק טיפול בצרכים הפסיכו-סוציאליים של המטופלים באופן בלתי תלוי בשינויים כלכליים, בביטוחים פרטיים וכדומה, לעומת המתואר בארצות הברית (Rowe & Rizzo, 2017). העובדים הסוציאליים בשירותי הבריאות בישראל משולבים כיום הן בבתי חולים והן במסגרת מרפאות קופות החולים, ומופרדים משירותי הרווחה העירוניים, כשהמדיניות שלהם מוכתבת על-ידי משרד הבריאות, ומוסדרת בחוזר משרד הבריאות בנושא הפעלת שירותי עבודה סוציאלית במערך שירותי הבריאות בקהילה (2003). למעלה מ-40% מהעובדים הסוציאליים במערכת הבריאות משולבים בקופות החולים, ומספקים שירות אמבולטורי בקהילה (אמיר וסלקובסקי, 2013).

תפקיד העובדים הסוציאליים בתחום הבריאות

תפקיד העובדים הסוציאליים בתחום הבריאות כולל הערכה, ייעוץ, גיוס משאבים, תמיכה בחולים ומשפחתם ותכנון שחרור. התפקיד מותאם להקשר ולמסגרת ואולם שונה במהותו מהתפקידים בשירותי הרווחה בקהילה (Fort Cowles, 2003). על-אף חשיבותם המשמעותית בטיפול בחולים, תפקידם של העובדים הסוציאליים פחות נחקר בהשוואה למקצועות בריאות אחרים (Glaser & Suter, 2016). מרבית

המחקרים מתייחסים בעיקר לתפקידים המסורתיים בבתי החולים, הבולטים מביניהם הם תכנון השחרור וסיוע במעבר מאשפוז לקהילה, אשר לעיתים עלולים להאפיל על תרומתם הנוספת, המבוססת על ערכי מקצוע העבודה הסוציאלית (Heenan & Birrel, 2019).

השתלבות העובדים הסוציאליים במערכת הבריאות בקהילה חדשה יחסית (Lymbery & Millward, 2002). מחקרים מעטים בחנו את שילוב העבודה הסוציאלית בתחום המתרחב של מערכת הבריאות (Ashcroft et al., 2018) ואלו מעלים אי-בהירות באשר לתפקידם ולתרומתם לטיפול הרפואי (Peterson, 2012) ולצוות הרב-מקצועי (Glaser & Suter, 2016). תפקידים אשר זוהו כמובילים במרפאות ראשוניות ואחרות כוללים: ייעוץ פרטני; ניהול מקרה; מתן מידע והפניה; הערכה והדרכה פסיכו-חינוכית למטופלים (Whitaker, Weismiller, Clark, & Wilson, 2006); הדרכה והכשרת הצוות בהיבטים הפסיכו-סוציאליים הקשורים לבריאות ולחולי; וטיפול בחולים כרוניים המתמודדים עם בעיות פסיכו-סוציאליות מורכבות (Ashcroft et al., 2018). זאת על-אף שהמיומנויות והערכים האינהרנטיים למקצוע העבודה הסוציאלית עשויים לתת ערך מוסף למערכת, כמו: לתמוך בשיתוף המטופל בקבלת ההחלטות הרפואיות (Peterson, 2012), לעודד את מעורבות החולה ומשפחתו בטיפול (Zimmerman & Dabko, 2007), לתרום להגברת הרגישות של הצוות הרב-מקצועי לאוכלוסיות מוחלשות (Claiborne & Vandenburg, 2001), להציע השקפה הוליסטית על הבריאות, ולקדם צמצום פערים בבריאות (Craig, Bejan, & Muskat, 2013).

אתגרי העובדים הסוציאליים בתחום הבריאות

מקצוע העבודה הסוציאלית אינו אוטונומי לגמרי, שכן הוא פועל במסגרת ארגונים ביורוקרטיים, המכתיבים את פעולותיו ואת תפקידיו. יתר על כן, סביבות העבודה אינן הולמות בהכרח את מטרות המקצוע, והדבר יכול להוביל לקונפליקט בין הערכים והמטרות המקצועיות לבין דרישות התפקיד בפועל (וייס-גל ולוין, 2008). העובדים הסוציאליים המשולבים בארגוני בריאות, מנוהלים על-ידי מקצועות אחרים, המשפיעים על שיקול הדעת המקצועי ועל האוטונומיה המקצועית שלהם, ומחויבים לא רק לעקרונות המקצועיים, אלא גם להליכים, לערכים ולנורמות של הארגונים שבהם הם משולבים (Emprechtlinger & Voll, 2017). הם מבססים את מעמדם במערכת לצד קבוצות מקצועיות עם פערים היררכיים ביניהם (Silverman, 2008) שעלולים להשפיע על יכולתם לבטא את מקצועיותם, לפעול לפי האמונות והערכים המקצועיים, ולשמר את זהותם המקצועית (Garrow & Hasenfeld, 2016). תחושת כוח מוגבל הקשור במקומם בהיררכיה המקצועית, כרסום בתפקיד בשל טשטוש הגבולות הבין-מקצועיים ובדידות מקצועית מאפיינים את עבודתם (Craig et al., 2015). שילובם לעיתים קרובות כיחידים בצוות הבין-תחומי מחייב אותם לנהל משא ומתן על תפקידם בצוות, ללא יכולת להיוועץ עם עמיתים למקצוע (Oliver, 2013). אתגר גדול הוא "לשווק" את העבודה הסוציאלית בשפה המהדהדת את צרכי הארגונים שבהם היא משולבת, אך גם לבדל אותה ממקצועות אחרים (Silverman, 2008).

מגמות באספקת שירותי הבריאות בקהילה

השכיחות הגוברת של המחלות הכרוניות במאה ה-20 היא מקור לדאגה בשל משכן והשפעתן על משאבי הבריאות. המחלות הכרוניות מדאיגות בעיקר על רקע הזדקנות האוכלוסייה והעלייה בתוחלת החיים (Fouche, Butler, & Shaw, 2013), ודורשות שינויים בדרך אספקת הטיפול. המערכת כיום עוברת ארגון מחדש, במסגרתו ניתן לספק את רוב שירותי הבריאות מחוץ לבתי החולים. ההתמקדות בקהילה היא במתן טיפול מתמשך לחולים הכרוניים, ולכן ראייה הוליסטית ועבודת צוות הכרחיים לטיפול בחולים

אלו. למעבר מבית החולים לקהילה ולעבודת הצוות הבין-מקצועי יש השפעה על הזהות המקצועית של כל אנשי המקצוע המעורבים (Bertin & Pantalone, 2019). הגידול במספר החולים הכרוניים דורש גם עיסוק במניעה, הכרוכה בשינוי התנהגות, ומהווה הזדמנות למקצוע העבודה הסוציאלית לבוא לידי ביטוי (Pecukonis, Cornelius, & Parrish, 2003).

חשיבות הגדרת התרומה הייחודית של העובדים הסוציאליים

במחקר שנערך במסגרות רב-תחומיות (בריאות, חינוך, רווחה), מרבית העובדים הסוציאליים חשו מוערכים בקרב חברי הצוות. עם זאת, למעלה מ-20% מתוכם הצהירו על אי-ודאות בצוות הבין-מקצועי באשר למהות תפקידם, ו-20% נוספים דיווחו על אי-בהירות התפקיד בקרב הצוות האדמיניסטרטיבי (Sweifach, 2015). בתחום הבריאות, לצד תרומת העובדים הסוציאליים לטיפול ממוקד במטופלים, בתמיכה בהעדפותיהם ובקידום פרספקטיבה הוליסטית לטיפול (Craig & Vandenberg, 2001; Claiborne & Muskat, 2013), תפיסתם את תפקידיהם רחבה מזו של הצוות. הגם שיש אנשי מקצוע התופסים את תפקיד העובדים הסוציאליים באופן רחב, מחקרים הצביעו על פערים בהבנת תפקידם בקרב הצוות הרפואי בבתי חולים (Albrithen & Yalli, 2015), כולל בישראל (מוניקנדס ומנור, 2005). ממצאים דומים עלו ממחקרים בקהילה. רופאים ואחיות שנשאלו לגבי שילוב עובדים סוציאליים בטיפול בקשישים ברפואה הראשונית, ראו רווח בשילובם בצוות, אך תפיסתם הייתה צרה יותר ביחס להגדרת תפקידם (Keefe et al., 2009). מחקרים אחרים, בשירותי בריאות לחולי סרטן, הראו שהתפקידים של העובדים הסוציאליים אינם נהירים לצוות, והם נדרשים לסנגר על הגדרת תפקידם (Knight, 2015), ובמסגרת ניסויים קליניים לטיפול בחולי סרטן העובדים הסוציאליים תפסו את תפקידם כממוקד בעיקר ביעוץ למטופלים, בעוד שהצוות תפס את עיקר תפקידם בתיאום ובתיווך בינם ובין המטופלים (Peterson et al., 2018).

בתחומים רבים במערכת הבריאות קיימת חפיפה בין תפקידי העובדים הסוציאליים למקצועות בריאות אחרים. לעובדים הסוציאליים האינטרס להגדיר שיתוף פעולה יעיל המבדל את המיומנויות המקצועיות הייחודיות שלהם מתפקידי תמיכה של עובדי הבריאות האחרים (Spencer et al., 2010). בעשורים האחרונים, רופאים, אחיות ואנשי מקצועות בריאות אחרים כוללים התערבויות פסיכו-סוציאליות בפרקטיקה שלהם; התפקידים המסורתיים של העובדים הסוציאליים עלולים להתיישן, כמו במקצועות אחרים ברפואה, ולכן חשוב להגדיר במדויק את מומחיותם ואת תרומתם לזירת הטיפול הרפואי (Pecukonis, Cornelius, & Parrish, 2003). צורך זה חשוב נוכח היותם מבודדים מעמיתיהם למקצוע, ועל רקע הקושי שהם חווים בניסיון לשמר את זהותם המקצועית כשהם פועלים בתוך מסגרות בריאות (Lymerby & Millward, 2002). לכן, כחברים בצוותים בין-מקצועיים ברפואה הראשונית, חשוב לעובדים הסוציאליים לחקור את השתלבותם בצוותים ואת תרומתם לטיפול בחולים (Ashcroft et al., 2018). העדר ראיות שיתמכו ברווח שמפיקים המטופלים וספקי השירותים מהווה מכשול המונע את הרחבת שילוב העובדים הסוציאליים ברפואה הראשונית (Keefe et al., 2009).

הארגון מחדש של הרפואה בקהילה לצד אי-בהירות התפקיד ומיעוט המחקרים בתחום הביאו אותנו להתמקד במחקר הנוכחי בתפקיד העבודה הסוציאלית במערכת הבריאות בקהילה. המחקר התמקד בנקודת מבטם של העובדים הסוציאליים, ומטרתו לתאר כיצד הם תופסים את תרומתם הייחודית למערכת הבריאות בקהילה בישראל, ומה הם האתגרים שעמם הם מתמודדים במסגרת תפקידם.

שיטת המחקר

המחקר מבקש לשפוך אור על תפיסות העובדים הסוציאליים באשר לתרומתם, ולכן בחרנו בגישה איכותנית, המספקת הבנה מעמיקה של חוויותיהם בהקשר הקליני שלהם (Denzin & Lincoln, 2005). מטרת המחקר האיכותני הינה להביא את עולמם של המשתתפים, בהתבסס על תיאורים מילוליים ועל מציאת משמעות בתוך המילים (שקדי, 2014).

אוכלוסיית המחקר, דגימה והליך

דגימת המחקר שנבחרה היא "דגימה מכוונת לשוני מרבי" (maximum variation sampling), אחת הדגימות הנפוצות במחקר האיכותני (Patton, 2015). הדגימה כללה 16 משתתפים מארבע קופות החולים, בעלי מאפיינים אישיים ומאפייני תפקיד מגוונים.

גיל המשתתפים נע בין 26 ל-69, כמחציתם (7) בקבוצת הגיל -31-40. כל משתתפי המחקר מלבד משתתף אחד היו נשים, רובם נשואים (14); רוב המשתתפים יהודים (13); השאר מוסלמים ונוצרים; רובם (13) ילידי ישראל. מבחינת השכלה, מחציתם (8) בעלי תואר שני, והשאר בעלי תואר ראשון (6) ושלישי (2). ותק המשתתפים בקופת החולים נע בין חצי שנה ל-26 שנים, מחציתם (8) בעלי ותק העולה על 10 שנים. 14 מתוך המשתתפים היו בתפקיד טיפולי בשטח, ורק שניים מתוכם שימשו כמנהלים.

נערכה פנייה למנהלי השירותים לעבודה סוציאלית בארבע קופות החולים לשם קבלת הסכמתם לביצוע המחקר וליתור עובדים סוציאליים פוטנציאליים להשתתפות במחקר, בהתאם לדגימת המחקר המתוכננת. דף פנייה להשתתפות במחקר נשלח למשתתפים המועמדים. כל העובדים הסוציאליים שפנינו אליהם הביעו הסכמתם להשתתפות בראיונות.

איסוף הנתונים התבצע באמצעות ראיונות עומק חצי-מובנים, שנערכו פנים אל פנים. סוג זה של ראיונות אפשר למרוויינים להביע את דעותיהם, ולתאר את ניסיונם באופן חופשי תוך התייחסות לשאלות המחקר (Kvale & Brinkmann, 2009). הראיונות כללו שאלות על התפקידים המרכזיים של העובדים הסוציאליים, על התרומה הייחודית שלהם לשירותי הרפואה בקהילה ועל האתגרים שעמם הם מתמודדים במסגרת התפקיד.

הראיונות בוצעו על-ידי המחברת הראשונה בין נובמבר 2014 לאוגוסט 2015. כל ראיון נמשך כשעה, כשבתחילתו חתמו המשתתפים על טופס הסכמה מדעת. לאחר ביצוע 12 ראיונות הגענו לרוויה תאורטית, כשמוצתה היכולת להשיג מידע חדש בקידוד נוסף (Fusch & Ness, 2015). ארבעה ראיונות נוספים בוצעו כדי לאמת הערכה זו.

ניתוח הראיונות

הראיונות הוקלטו לאחר קבלת רשות המשתתפים ושוקלטו במלואם. ניתוח הנתונים נערך לאורך כל שלבי המחקר, על-פי עקרונות הניתוח התמטי, שיטה אנליטית איכותנית לזיהוי, לניתוח ולפירוש של דפוסי משמעות בתוך הנתונים. החופש התאורטי של הניתוח התמטי הופך אותו לכלי מחקר גמיש, המאפשר לחוקרים לאסוף מידע עשיר, מפורט ומורכב, ואף לתת פרשנות להיבטים השונים של הנושא

הנחקר (Braun & Clarke, 2006). בשלב ראשון, לאחר איסוף המידע, נערכה קריאה מעמיקה של כל ריאיון, על-מנת להיות בקיאות בתוכנו (familiarizing). בשלב שני ביצענו קידוד סיסטמטי של הראיונות (generating codes) תוך שימוש בתוכנת "נרלייזר" לניתוח נתונים איכותניים. בשלב שלישי מיפינו מחדש את הטקסט לתמות ראשוניות שזיהינו (searching for themes) באשר לתרומה הייחודית של העובדים הסוציאליים ולארגון התפקיד שלהם, ולתת-תמות בהתאם למקבלי השירות. בשלב רביעי עברנו על התמות באופן איטרטיבי (reviewing themes) תוך בדיקת מיקומם המדויק של הקודים ותת-התמות עד להגדרה מדויקת שלהן (defining and naming) ושל ההקשרים ביניהן בשלב החמישי. לבסוף, הוכן הדוח המסכם (producing the report) הכולל את שאלות המחקר, הספרות והניתוח שבוצע, המוצגים במאמר.

איכות המחקר

אבטחת איכות המחקר הושגה באמצעות נקיטת אסטרטגיות שונות המבוססות על הקריטריונים של טרייסי (Tracy, 2010) למחקר ראוי לאמון (trustworthy), כמו הקפדה על עושר התיאורים, על רוחב הדגימה ועל עומק הראיונות. כנות ושקיפות בבחינת השפעת העצמי על המחקר הושגה ברפלקסיביות, תוך רישום יומן-שדה (field-notes) ומפגשי "תחקיר-עמיתות" (peer-debriefing). יש לציין כי השדה הנחקר מוכר ונגיש למחברת הראשונה בשל ניסיונה המקצועי כמנהלת שירות סוציאלי במערכת הבריאות. הדבר הוצג בשקיפות למרואיינים, וכן הודגש בפניהם כי המחקר מתבצע במסגרת לימודים אקדמיים. גילוי נאות של דרכי השגת הידע תורם לאמינות המחקר (שלסקי ואלפרט, 2007). נוסף על כך, תיאור גדוש של הנתונים בליווי ציטוטים מהראיונות יתרמו אף הם לאמינות הממצאים.

סוגיות אתיות

המחקר קיבל אישור של ועדת האתיקה של הפקולטה לניהול באוניברסיטת בן-גוריון. למשתתפים הובהר שהשתתפותם במחקר נעשית מבחירתם החופשית, וכי לא תהיה השלכה כלשהי לסירובם להשתתף. כמו כן, ננקטו כל האמצעים להבטחת סודיות המשתתפים. השמות הוחלפו לשמות בדויים וכל משתתפי המחקר (כולל גבר אחד) מוצגים בלשון נקבה.

ממצאים

עושר מאפייני המשתתפים אפשר תיאור גדוש של תפיסותיהם באשר לתרומתם הייחודית למערכת הבריאות בקהילה. בהמשך יוצגו שתי התמות המרכזיות שנבעו מניתוח הראיונות – התרומה הייחודית והאתגרים בתפקיד של העובדים הסוציאליים. תרומתם הייחודית מוצגת בארבע תת-תמות מרכזיות על-פי אוכלוסיות היעד של מקבלי השירות: המטופל, בני המשפחה, אנשי הצוות והמערכת בכללותה. גם האתגרים של העובדים הסוציאליים בביצוע תפקידם מוצגים בארבע תת-תמות בהתאם למקבלי השירות.

התרומה הייחודית של העובדים הסוציאליים

התרומה הייחודית למטופלים

העובדים הסוציאליים תפסו את תפקידם בסיוע למטופלים בהתמודדותם עם מצבי חולי ובריאות. תרומתם למטופלים תוארה בשני היבטים. חלקם הדגישו את תרומתם בתמיכה ובטיפול הרגשי המכוון לסייע למטופל להתמודד עם מצבי החולי והשלכותיהם, ולשפר את איכות חייו. אחרים הדגישו תפקידי ארגון, תיווך והנגשת זכויות, שנועדו לסייע למטופל לגייס משאבים אישיים וסביבתיים לטובת התמודדות יעילה עם האתגרים הנובעים ממצב החולי.

כך או כך, כמתואר בציטוט, בקרב המרואיינים הייתה הסכמה נרחבת כי השילוב בין התפקידים הרגשיים לאינסטרומנטליים הוא המאפיין את התרומה הייחודית של התפקיד עבור המטופלים:

בשלב הראשוני בדרך כלל הם יותר צריכים אותי בחלק של מיצוי זכויות, בעצם לשרטט להם את התמונה מה הם צריכים לעשות ומה הם צריכים לבדוק, וכשקצת הדברים נרגעים ונכנסים לאיזושהי שגרה של טיפולים, סוג של ודאות, אז מתפנה החלק בעצם הרגשי, הטיפולי, שאז אפשר לעבוד על מה זה עושה לנו ואיפה זה פוגש אותנו, וכל הנושא של דימוי עצמי, התמודדות עם המחלה, איך אנחנו תופסים את המחלה, למה המחלה מגיעה אלינו, אנשים מחפשים משמעות (ולריה).

ההערכה הפסיכו-סוציאלית של החולה הוגדרה על-ידי המשתתפים כליבת התפקיד. ההערכה מקיפה וכוללת התייחסות להיבטים הרפואיים, הנפשיים, המשפחתיים והחברתיים:

התפקידים הם מאוד רבים, אבל בעיניי הגרעין, הליבה של התפקיד, זה איזושהי הערכה מאוד מקיפה, מאוד כוללנית, של המצב של החולה, ואיזושהו ניסיון להסתכל על כל ההיבטים, לאו דווקא – הרפואי, לא רק המשפחתי, לא רק הנפשי, לא רק הכלכלי, כל ההיבטים, ולראות איך אפשר לעזור לו, ואם לא לעזור, לפחות להפנות אותו למקום שיכול לעזור [...] אני, מההכרות שלי את המערכת הרפואית יודעת, שרופא מסתכל על ההיבט הפיזי, ואחות מסתכלת על היבט פיזי אחר, ועובדת סוציאלית, לפחות כמו שאני רואה את זה, מסתכלת גם וגם (הודיה).

ההתבוננות המקצועית הרב-ממדית על החולה כאדם, מעבר למחלה שעימה הוא מתמודד ובתוך הסביבה שבה הוא חי, היא הבסיס לטיפול של העובדים הסוציאליים במערכת הבריאות, כפי שתיארה ירדן: "אני חושבת שהחיבור הזה שבין גוף לנפש הוא, אחד הדברים שאנחנו כעובדים סוציאליים לומדים לעשות אותו פה בצורה באמת רחבה, תוך התייחסות למכלול ההיבטים – גם הנפשיים וגם התפקודיים". או כפי שהסבירה ורדית: "יש פה מישהו במרפאה שרואה אותך על כל גווניך. זאת אומרת לא רואה רק את הגידול או לא רואה רק את האבחנה או את התרופות".

העובדים הסוציאליים ראו בהערכה הרב-ממדית מיומנות שמבדלת אותם מיתר אנשי הצוות:

זה שאני היחידה מהצוות הזה שבראייה שלי, בצומת הזאת שבמפגש בין גוף לנפש, [...] וגם להסתכל על כל המערכות שהבן אדם הזה חי בהן. במונח הזה זה הייחודיות של המקצוע שלי. כשאני רואה בן אדם, נגיד בשונה מרופא [...], גם אם הוא מאוד פסיכו-

סוציאלי בגישה שלו ויש כאלה, אז עדיין הייחודיות שלי כעובדת סוציאלית, לראות את הבן אדם הזה, לפתוח את הזום, להסתכל איך מה שקורה לו היום, ההתמודדות שלו, משפיע על הקשר שלו עם המשפחה, על הקשר מבחינה תעסוקתית במקום עבודה, מבחינה חברתית (עלמה).

מהעולה בראיונות, אחת התרומות המרכזיות בתפקיד העובדים הסוציאליים הינה בטיפול בחולים הכרוניים, ובעיקר בחולי הסוכרת, וזאת בשל שכיחות המחלה ומרכזיות הטיפול בה בקהילה. חולים כרוניים נדרשים לבצע שינויים באורח חייהם, וזקוקים לתמיכה ולליווי ממושכים כדי לנהל את התהליך המורכב לאורך זמן. כחלק מהצוות הרב-מקצועי במרפאות בקהילה, העובדים הסוציאליים מבצעים הערכה פסיכו-סוציאלית מקיפה, ומטפלים במכלול הגורמים האישיים, המשפחתיים והחברתיים הקשורים במחלה וביכולתם של המטופלים להבין אותה ולהתגייס לטיפול בעצמם. בהתאם להמלצות הרפואיות. לעיתים התפקיד נושא גוון הדרכתו לסייע לחולה להבין את המחלה ולהיות שותף אקטיבי בטיפול:

ברמה הכי אלמנטרית לעזור לאנשים להבין מה זה אומר שיש להם סוכרת, העובדת סוציאלית אצלנו בצוותים, במיוחד באזורים של אנשים קשי-יום שהם יש להם פחות נגישות לידע ומידע, כשהיא שואלת אותו: "מה אתה מבין על הסוכרת?" הרבה פעמים אומר "לא יודע, אמרו לי שיש לי סוכר [במלעיל]", הוא לא מבין מה זה אומר הבדיקות האלו שצריך לעשות, מה זה? למה אחת לשלושה חודשים מדברים איתו על מושג שהרבה פעמים הוא לא יודע איך להגיד אותו אפילו. אז יש לנו תפקיד משמעותי, פסיכו-חינוכי (ישראלה).

בעוד שהצוות הרפואי מכוון בעיקר להיבטים הקשורים במחלה, במטרה להביא את החולה לתוצאי בריאות מיטביים, המייחד את העובדים הסוציאליים הוא התבוננות על מכלול הצרכים והרצונות של האדם; הערכה מה הוא מסוגל לעשות ומה רצונותיו; וליווי בקצב שלו. יכולת החולה להתגייס לטפל בדרישות המחלה מושפעת גם מהסביבה החברתית שלו; טיפול העובדת הסוציאלית ממוקד בכל היבטים הקשורים בדבקות בטיפול:

שלח רופא חולת סוכרת לא מאוזנת לעובדת הסוציאלית. והעובדת הסוציאלית במקום להגיד לה, למה את לא מאוזנת [...] יחתכו לך רגליים, שאלה אותה מה קורה בחיים שלה. מתברר שאימא שלה נפטרה לפני כמה חודשים [...], שהיא הייתה ארבע שנים המטפלת העיקרית שלה. העובדת הזמינה אותה למספר שיחות והיא לא דיברה איתה על הסוכרת. היא דיברה איתה רק על איך היא ליוותה את אימא שלה וכל החוויה הזו. ובפגישה הרביעית האישה באה ביוזמתה ואמרה, עכשיו יש לי זמן לטפל בעצמי (נחמה).

לעצם היות איש מקצוע במערכת שעומו החולים יכולים לחלוק את היבטים המשפחתיים והסביבתיים שלכאורה אינם קשורים ישירות למחלה, יש ערך רב לבריאותם. לתפיסת המשתתפים, חברי הצוות מכירים בתרומה זו לטיפול בחולים הכרוניים, והכרה זו משתקפת בהפניות אליהם.

התרומה הייחודית לבני המשפחה

האינטראקציה בין העובדים הסוציאליים למשפחת החולה תוארה בראיונות משתי נקודות מבט, הן בהדרכת המשפחה כתומכת בחולה, והן בתמיכה במשפחה כמערכת שלמה המתמודדת עם חולי והזקוקה לסייע ותמיכה.

בני המשפחה זקוקים לסייע בהתארגנות סביב המשימות הרבות בטיפול בחולה: הרבה פעמים אנחנו רואים שהמשפחות וגם החולים לא מאורגנים בצורה יעילה, ואם אני שמה תפקיד חשוב לעובדת הסוציאלית, היא צריכה לעזור למשפחה לארגן ולאזן מחדש את כל המערכת כולה בצורה שהיא הרבה יותר יעילה ומסוגלת (ישראל).

מיקוד המערכת הרפואית הוא בחולה, והמשפחה משמשת כמשאב מרכזי בטיפול בו, ולכן עולה הצורך להתייחס גם לבני המשפחה כמטפלים העיקריים, להדריך אותם ולגייסם כשותפים לטיפול: "אם זה קשיש אז אני מטפלת גם בילדים שהם ה-care-giver לקשיש. אנחנו צריכים את העזרה שלהם שם כדי שהקשיש יקבל טיפול ראוי. אז הטיפול הוא גם ב-care-giver, בשחיקה שלו, בתיווך למיצוי זכויות של הקשיש וכן הלאה" (ורדית).

מנקודת מבטם של המשתתפים, בעוד שהצוות הרפואי ממוקד בעיקר בהיבטים הקליניים של הטיפול בחולה ובמחלה, ומשתף את בני המשפחה כשהדבר נחוץ לצורך הטיפול בחולה, מה שמייחד אותם זו הראייה המערכתית את האדם, כשלם בתוך מכלול מערכות החיים הסובבות אותו, ובעיקר התבוננות על המערכת המשפחתית כולה: "אני חושבת שעובד סוציאלי פה רואה את הבן-אדם בצורה מלאה יותר, שזה יכול להיות ביקור בית כשיש איזה שהם נסיבות, שיש משמעות לראות איך הבית מתארגן גם פיזית, לא רק, לראות בני משפחה אחרים, לראות את התקשורת בין בני המשפחה לאותו חולה" (ירדן).

מטפלים עיקריים הנמצאים בקשר עם מערכת הבריאות, לרוב אינם מקבלים תמיכה מספקת מהצוותים הרפואיים. למרות שלהם עצמם צרכים בריאותיים ופסיכו-סוציאליים משמעותיים, המשפיעים גם על יכולתם להעניק טיפול לבן משפחתם החולה, תדירות הם הופכים ל"פציניט בלתי נראה" במערכת. מה שמייחד את העובדת הסוציאלית הוא המיקוד בצורכי המטפל העיקרי:

אישה יש לה טרשת נפוצה למשל, היא מרותקת לבית, יחסית היא מטופלת, מוקפת בתמיכה [...], הוא היה נראה לי נורא מוזנח ומסכן, הבן זוג שלה [...]. אז הזמנתי אותו אל"י למרפאה, נפגשתי אתו סדרת פגישות, וממש הייתה עבודה מהממת איתו. כאילו, עזרתי לו דבר ראשון לדבר על עצמו, כל הזמן רק אשתו [...], הוא כאילו אוויר. כי אשתו החולה והוא הבריא, והוא גם בן אדם שמתמודד מאוד קשה (סיגלית).

תרומתם הייחודית של העובדים הסוציאליים היא בהרחבת התייחסות המערכת ליחידה המשפחתית כולה ובהתבוננות על המחלה כמחלה משפחתית: "אני תמיד רואה את היחידה המשפחתית, כי למשל מחלת הסרטן זה לא רק מחלת הסרטן של החולה, זה מחלה של כל המשפחה" (נחמה).

כמשתמע מכך, פעמים רבות העובדים הסוציאליים מתמקדים בטיפול בבני המשפחה של החולה:

אני מטפלת בבני משפחה מטפלים עיקריים, בעצם להתמודד יותר טוב, להקל עליהם בהתמודדות שלהם עם המחלה וההשלכות שלה, אם זה השלכות תעסוקתיות,

משפחתיות, זוגיות, השלכות על דימוי עצמי, התמודדות עם כל השינויים שבעצם המחלה או הנכות מביאים לחיים שלהם (ולריה).

ההתערבות המשפחתית מתמקדת לעיתים בבני הזוג ולעיתים בילדים:

אם זה חולה אונקולוגי אז הטיפול יכול להיות זוגי סביב זה שהם נמצאים בשלבים שונים של קבלת המחלה [...] אז טיפול בדבר הזה. לפעמים זה טיפול בילדים. אם יש ילדים קטנים או ילדים עם צרכים מיוחדים או ילדים שלא היו בקשר עם ההורים ועכשיו חוזרים (ורדית).

התרומה הייחודית לצוות הרפואי

העובדים הסוציאליים ראו גם את תפקידם עבור הצוות כתפקיד ליבה בעבודתם. הם התייחסו לתרומתם לרופאים, לאחיות ולאנשי מקצועות הבריאות האחרים בהארת ההיבטים הפסיכו-סוציאליים הקשורים בבריאות, בהגברת הרגישות של הצוות לצורכי החולים ובהרחבת מגוון אפשרויות ההתמודדות של הצוות עם סוגיות מורכבות בטיפול בחולים.

בעוד הצוות מתייחס לחלק הרפואי, העובדים הסוציאליים רואים את עצמם כמרחיבים את ההתבוננות על האדם שמאחורי המחלה כפי שתיארה ירדן:

כי הרופאים מסתכלים על ה... הבעיה הרפואית ובצדק, הם צריכים לטפל בבעיה הרפואית. אני חושבת שהעובד הסוציאלי נותן עוד איזשהו, את הצבע ה-, את האדם שמאחורי המחלה, שזה התרומה שלו לרופא, שאין לו זמן, כי גם הרופא מתייחס. אבל העובד הסוציאלי נותן באמת לראות את האדם, את האדם בסביבה שלו, מעבר למחלה...

בזכות המיומנויות האבחוניות, המרואיינים תפסו את תרומתם הייחודית לצוות הרפואי כפענוח של נפש החולה:

אני חושבת שהיכולות שלנו ברמה של הטיפול, אני רגע עוזבת את התיווך והמגע במסביב, אלא היכולת שלנו לטפל ב-"in" היא יכולת שאין לדיאטנית או אחות או רופא. כמו שרופא יכול לראות את המערכות הפנימיות, ולפענח את האולטרה-סאונד טוב, הייחוד שלי שאני יכולה לפענח את שפת גוף ואת המילים ואת המה נאמר ומה לא נאמר בדרך טובה הרבה יותר מדיאטנית או רופא או אחות, רחבות וטובות ככל שהיו (ורדית).

הרחבת ההתבוננות תורמת להבנה טובה יותר של החולה: "אז גם לראות בעצם את המחסומים לטיפול, אבל גם כאילו לגייס אמפתיה, לראות נגיד חולים בעייתיים כאלה במירכאות, שהצוות מתחיל להתייאש מהם, אז לנסות להסתכל מזווית אחרת, לראות עוד אפשרויות איך אפשר לגשת לחולה" (ולריה).

הדרכת הצוות תורמת גם לשיפור התקשורת עם המטופלים:

ולפעמים, בסוכרת אני עושה שיחות משותפות עם הרופא [...] סוג של מודלינג. הוא רואה איך אני מדברת איתו, ואיך הוא עונה לי תשובות שבחיים הוא לא יענה לו. ואחרי

זה אנחנו מנהלים איזה שתי דקות של שיח על הדבר הזה. איך דיברתי איתו, ולמה אמרתי לו ככה, והם לומדים מזה. אז זה גם סוג של הדרכה. גם אם היא לא מאוד פורמלית (ורדית).

להדרכת הצוותים חשיבות נוספת בהבנת צרכים של אוכלוסיות מוחלשות או בעלות מאפיינים תרבותיים ייחודיים, באופן המסייע לרתום אותם לטיפול:

יש קבוצה מאוד גדולה של דיאטנים ב[עיר] שהם מרגישים שהם עובדים מה שנקרא [...] פול גז בניוטל, יש להם הרבה מאוד מטופלים, הם נותנים את ההנחיות שלהם, מטופלים חוזרים מבלי שהם הצליחו לעשות שינוי, והם מרגישים שהם מסתובבים באיזה מעגלים והם ביקשו הדרכה של העובדת הסוציאלית שבעצם מאפשרת להם לנתח מה מתרחש במרחב של המטופל (ישראלה).

נוסף לייעוץ לצוות, המכוון להיטיב את הטיפול בחולים, המשתתפים תיארו כי אנשי הצוות רואים בהם משאב תמיכה גם עבור עצמם הן בהתמודדות עם קשיים אישיים והן בטיפול ביחסי הגומלין בצוות.

לעיתים, כפי שעולה בראיונות, אנשי הצוות משתפים את העובדים הסוציאליים בקשיים שהם חווים מול המטופלים:

אפילו רופאה הגיעה אליי. היא הגיעה בשביל לתת לי כמה שמות של מטופלים שהיא רוצה להפנות אליי. וראיתי שהיא נורא מותשת [...] והיא פשוט סיפרה לי על קושי שלה מול כמה מטופלים, וקצת דיברנו וזה, באופן לא מאוד פורמלי ורשמי (סיגלית).

ולעיתים, אנשי הצוות מבקשים תמיכה בהתמודדותם עם קשיים אישיים: "אני גם באיזשהו מובן עובדת סוציאלית של הצוות, זאת אומרת הם פונים אליי עם כל מיני, כי גם העובדים לא חסונים לכל המחלות והבעיות, משברים, גם בתחום הבריאותי, גם בתחום המשפחתי" (ולריה).

לעיתים הסיוע ממוקד ביחסים בין אנשי הצוות:

אבל עוד בצוות כל מה שקשור לסכסוכים בתוך הצוות. הרבה פעמים המנהלת מכניסה אותי לכל מיני. הוא לא מדבר עם זה והוא על זה [...] או אנשי צוות מערבים אותי בלי שהמנהלת תדע ואני עושה את זה מסביב. זה לא תפקיד מאוד מוצהר אבל זה קורה (ורדית).

למרות ששימות אלו אינן כלולות בהגדרת תפקידם הפורמלית, העובדים הסוציאליים תיארו שאלו מטשטשות את הבדלי ההיררכיה הקשורים בתפקיד או בוותק, ומקנות להם הערכה רבה ומעמד מיוחד: "אני מרגישה שיש לי מקום מאוד משמעותי בעיני הצוות, בשביל הצוות" (דינה). סיגלית היטיבה לתאר:

הינה היא באה לשיחת תמיכה, כי זה... בכל זאת הרופאה, ואני עובדת סוציאלית, והיא הרבה יותר מבוגרת ממני... אבל בכל זאת היא הגיעה ואחר כך היא הגיעה אחרי כמה ימים אפילו עוד פעם לדווח על איזשהו מקרה שהיא סיפרה לי" (סיגלית).

התרומה הייחודית למערכת הבריאות

המשתתפים תיארו את תרומתם הייחודית למערכת בטוויית הקשרים בין שירותי הבריאות לסוכנויות הקהילתיות. קשרים אלו מסייעים להם בגיוס משאבים לטיפול בצורכי המטופלים, צרכים הנובעים ממצבי החולי וצרכים נוספים המשפיעים על יכולת ההתמודדות עם החולי:

אני אארגן מתנדב מהרווחה ואני אארגן את הסומכת מהרווחה ואני אארגן את המטפלת בקשישים שאולי יכולה לעשות את זה. מצאתי לעצמי ... יצרתי רשת בתוך הקהילה שיכולה לעשות את הדברים האלה. [...] אז אני יוצרת לעצמי לתוך הצורך הזה עוד ועוד מענים בתוך הקהילה, שמסוגלים לעשות את זה (ורדית).

העובדים הסוציאליים מייצרים הלכה למעשה טיפול אינטגרטיבי בין מערכת הבריאות למערכת הרווחה עבור המטופלים:

אני חושבת שמה שייחודי בנו זה גם היכולת והמסוגלות לעבוד במערכת [...] כשאת רואה את זה כחלק מהתפקיד שלך להזמין שותפים, כשאני הולכת לביקור בית שאני יודעת שהולך להיות קשה ואני יודעת שזה יהיה מצוין שגם מערכת הרווחה תכיר את החולה, אני אגייס את מערכת הרווחה לטובת החולה הזה ואנחנו נעשה את הביקור ביחד (ורה).

תרומה מרכזית של העובדים הסוציאליים היא גישור בין החולה ומשפחתו למערכת, שיקוף הצרכים של החולים לקובעי המדיניות במערכת הבריאות, והמשמעויות של ההחלטות המתקבלות לחיי היום-יום של החולים:

חלק מהתיווך שלי בין המערכת לבין החולה זה גם להעביר את הצרכים של החולה למערכת, בעצם להסביר איך זה משפיע על אותו אחד כשמחליטים החלטה כזאת איפשהו ב... בחדרי חדרים... ואיך אנחנו פורטים את זה באותו משה כהן מנתניה... (ולריה).

תרומה נוספת שעלתה היא הטיפול במצבים מורכבים. המשתתפים תיארו שהמערכת מצפה מהם לקבל על עצמם משימות מורכבות שאינן מטופלות על-ידי חברי צוות אחרים. אחדים סברו שהדבר נעשה מתוך הערכה ליכולות שלהם ומתוך המוכנות שלהם לקבל על עצמם גם מה שלא בהגדרת התפקיד הפורמלית:

אני חושבת שמפנים לעובדת סוציאלית כשיש מקרים מורכבים וקשים במיוחד, שבהם יש רתיעה של הצוות מכניסה, ויש איזושהי הפנייה לעובדת סוציאלית שהיא, בראייה של הצוות, תוכל יותר להתמודד עם ההתנגדות, תוכל יותר להכיל את המורכבות, וגם במקרים שיש הרבה בעיות, וצריך איזושהי ראייה באמת יותר כוללת [...] כשיש איזושהי כמות מאוד גדולה של צרכים, אז מפנים לעובדת סוציאלית, שבדרך כלל מכירה את מכלול השירותים והאפשרויות [...] בעיני כל שאר אנשי הצוות מאוד ספציפיים, מאוד רואים את התחום שלהם, והם נרתעים [...], לא רוצים להיכנס למקומות שלא פרופר מוגדרים התחום הרפואי או הסיעודי, והעובדים הסוציאליים, אני חושבת, מוכנים גם לשמוע על דברים שהם פחות, לזהות מה פחות שייך אליהם, ולהפנות לכתובת הרלוונטית (הודיה).

כפי שעלה בראיונות, הראייה החברתית של העובדים הסוציאליים תורמת להגברת הרגישות במערכת לצורכי האוכלוסיות המוחלשות:

אז במשרד [המרפאה] משתדלים לא להחזיר אותם [המטופלים]. איך אפשר להחזיר בני אדם שקמו בשעה חמש בבוקר עד שמצאו, הם תלויים בהסעות, אם יש טרנזיט יוצא ממקום [המגורים]. תלויים במזג האוויר, אם יש גשם לא יכולים לצאת. תלויים [...] אם יש היום כסף או שאין. זאת אומרת, יש הרבה גורמים שהם תלויים בהם. ולכן... במרפאה באמת מגלים הבנה. למרות שכן כועסים למה [המטופלים] לא מזמינים תור. אני מסבירה, יודעים שיש קשיים, הם לא חברה מודרנית שאנשים מזמינים תור בטלפון או באינטרנט, זה מושג גדול בשבילם (מרים).

לעיתים, תרומת העובדים הסוציאליים בייצוג הפערים בקרב אוכלוסיות מיוחדות ומוחלשות בפני קובעי המדיניות במערכת: "לעבודה סוציאלית יש חובה לייצג פערים שהם קשורים באוכלוסיות שחיות בעוני, אוכלוסיות עולים, אוכלוסיות מיוחדות, זאת אומרת שיש לנו ב-DNA המקצועי שלנו [...] עבודה סוציאלית קמה מתוך העיסוק בעוני" (ישראלה).

אתגרים בתפקיד העובדים הסוציאליים

אתגרים בטיפול בחולים

לצד תיאור תפקידם ותרומתם המשמעותית לחולים ולמשפחתם, לצוות ולמערכת הבריאות, תיארו המרואיינים גם את הקשיים ואת האתגרים המאפיינים את עבודתם. על-אף שהמרואיינים תיארו את תפקידם כמספק ומלא משמעות, מרביתם חווים מצוקה על רקע העומס המוטל על כתפיהם במסגרת התפקיד:

מאוד, מאוד קשה לי, אז תראי המון מקרים של ביקורים שהם חדשים, לקוחות חדשים, והקבלות קהל שלי עמוסות ומלאות. [...], הרבה מקרים שאני מרגישה שואי שכחתי, ומעקב אחרי מטופלים שאני לא מספיקה לעשות עליהם, [...] זה בא לי לבילה, בחלומות, כאילו לא התקשרתי אליה כבר כמה חודשים, מה קורה עם האישה הזו? (ימית).

העבודה במערכת הבריאות מפגישה את העובדים הסוציאליים עם מטופלים במצבים קשים. המשתתפים תיארו חוויות רגשיות אינטנסיביות של עצב ותסכול המציפות אותם, ולעיתים אף מקשות עליהם לתפקד:

לפעמים אני בוכה. אני ממש לפעמים מתפרקת, ואני ממש אני מרגישה עצובה גם. אני אומרת כאילו, מה נפלתי לתפקיד הזה לשמוע את כל ה... אם יש מקרה שאין לי בכלל אפשרות לעזור, יהיה לי מאוד קשה. מאוד. אני לא יודעת אם התסכול, כי זה לא, יש דברים שבאמת אין מה לעשות, וזה לא, לא חייב ליצור תסכול, זה יהיה נורא עצוב, ויהיה לי מאוד קשה להמשיך אולי לחייך אחרי כזה מקרה. אני יכולה יומיים להסתובב עם כזה מקרה (סיגלית).

המשתתפים תיארו כי החשיפה למצבי חולי קשים גורמת לחלחול תכנים מן העבודה למרחב האישי שלהם ואף מעוררת תחושות קשות: "הטראומה שלי מהמחלות. מאז שהתחלתי במערכת

בריאות אני כל הזמן ממששת, בודקת. כל הזמן [...] אף פעם לא חשבתי על זה. אף פעם בחיים שלי לא חשבתי על גיל, על התקדמות בגיל, על... [...] טראומטיזציה משנית [...] של העובד הסוציאלי" (סמירה).

לדברי המשתתפים, ההתמודדות עם העומס הרגשי בתפקיד מצריכה תמיכה והתחלקות שאינן תמיד זמינות להם בהיותם עובדים סוציאליים יחידים במרפאות:

לי יש חיסרון שאין לי עוד עובדת סוציאלית איתי בסניף. זה מאוד חסר לי. אני כאילו מרגישה בודדה לפעמים. אני עושה לפעמים סיבוב סביב עצמי, ואני לא יכולה לדבר. חסר לי השיתוף היום-יומי. [...] לפעמים אני כאילו עם עצמי, אני ממש עם עצמי, אני... אני לא יכולה לשתף על מקרים כל כך. גם אם אני יכולה אין לי, אין לי את מי (סיגלית).

אתגרים בטיפול במשפחה

האתגר היחיד שהוצף בראיונות בהקשר לטיפול במשפחה היה הצורך של העובדים הסוציאליים לאזן בין צורכי החולה לצורכי בן המשפחה המטפל. בעוד המערכת מכוונת להיטיב עם החולה, העובדים הסוציאליים שרואים את שחיקת המטפל העיקרי, לעיתים מנחים אותו לדאוג לעצמו באופן שעלול להיות על חשבון הסיוע שמעניק לחולה. אתגר זה עלה בראיונות במרומז: "מישהי שמטפלת בבעלה החולה אלצהיימר נגיד או הסרטן ודבוקה לו כל הזמן 24 שעות וכבר לא יכולה יותר. אז לפעמים כן מדברים על התארגנות אחרת בבית. איך את לוקחת את עצמך פעמיים בשבוע ויוצאת והולכת לחברה והולכת לנכדים" (טליה).

או כפי שתיארה סיגלית: "הדרכתי אותו קצת בעדינות על כאילו האובססיות שלו סביבה. קצת להוריד את ה... תלות, לגייס עוד גורמים שיעזרו לו. שיחזרו לעבודה" (סיגלית).

אתגרים מול הצוות

העובדים הסוציאליים שיתפו כי לעיתים התפקידים הקשורים ל"טיפול בצוות", מערימים עליהם קשיים הנובעים מטשטוש הגבולות ביחסים, ומהצורך במעברים חדים בין התפקידים השונים:

שאני היום יושבת בצוות ואני בעצם מעבירה להם הנחייה מקצועית, ומחר אני עובדת איתם כי הם מפנים אליי אנשים, ומוחרתיים אנחנו מתייעצים על איזשהו חולה, ואחרי זה הם פונים אליי עם איזשהו משבר שיש להם בבית. זה כזה תפקיד מורכב יש לנו [...] כאילו הגבולות הם לא כל כך חדים [...] זה לפעמים קצת מקשה (ולריה).

ורה תיארה קושי שהיא חוֹנה כשהיא, כעובדת הסוציאלית המתמודדת בעצמה עם אותם מצבים כמו שאר אנשי הצוות, נדרשת לשים בצד את קשייה שלה ולהתגייס לסייע לצוות: "היה לנו אירוע של החייאה במרפאה, של אימא של אחת המזכירות, זה היה אירוע מאוד דרמטי, שכל המרפאה הייתה מעורבת בו, ולא משנה שגם אני הייתי חלק מאותו הסטרס, אני הייתי הגורם שהיה צריך להחזיק".

על-אף ההערכה הרבה שלה זוכים מהצוות, העובדים הסוציאליים תיארו בדידות מקצועית. התיאור מטה מלמד על הכמיהה לקבוצת השתייכות פרופסיונלית, המדברת באותה שפה מקצועית:

באמת יש לי מערכת תמיכה מאוד מאוד גדולה בתוך [הקופה]. זאת אומרת יש את המנהלת שלי ויש איתי עכשיו עוד עובדת סוציאלית שנכנסה לאחוז משרה מאוד קטן [בעיר] אבל זה בשבילי מים חיים. אני לא לבד יותר. אני יכולה לתפוס אותה לקפה

חמש דקות ולספר לה על איזה פגישה קשה שהייתה לי, וזה עושה את זה. זה עושה את ההבדל. אני לא אעשה את זה לא לאחיות ולא לרופאים ולא לשום מנהלת ולא למזכירה. אז אני כבר לא כל כך בודדה. גם אם היא באה פעם בשבוע למרפאה אז זה אחת משלי. אז זה מאוד עוזר (ורדית).

אתגרים מול המערכת

המשאבים המוגבלים גורמים לארגוני הבריאות לקצץ הוצאות ולהתייעל. משתתפים בתפקידי ניהול תיארו מחסור בכוח-אדם וצורך להתמודד עם המגבלות הכלכליות: "יש לנו תפיסת עבודה אבל היא צריכה לעבור התאמות גם לסביבות המשתנות שלנו ושמה יש לנו כן אתגרים לעשות אותם, אני רואה את הלחצים שמופעלים עליי בעולם שהוא כלכלי" (ישראלה).

אחרים פירטו את הלחצים המופעלים עליהם להגביר יעילות ולקצר משכי טיפול, דבר הפוגע לדעתם באיכות הטיפול שמספקים:

אחד הדברים שקשים לי לא פחות מתנאי עבודה, זה שהטיפולים יותר ויותר הופכים להיות קצרי מועד, נקודתיים, תפוקות, תפוקות. כן, כן, כן, בעבר היה לנו יותר מרחב לעשות טיפולים יותר ארוכים, פחות נדרשנו לעמוד ב-, בהקצבה הזאת של, של 12 מפגשים. היום אני מרגישה במובן הזה שאני יותר עובדת, יותר מבעבר, גם על כיבוי שרפות [...], פחות יש לי באמת מרחב של זמן לעשות טיפולים יותר משמעותיים [...], זה אפילו יותר קשה לי מהתנאי שכר במובן הזה (עלמה).

בנוסף, המשתתפים תיארו שהעומס אינו מאפשר להם ללוות את המטופלים לאורך זמן ולהעניק טיפול משמעותי לאורך שלבי המחלה:

אני הייתי רוצה לסייע יותר, ללוות מבוטחים שעוברים תהליכי שינוי לתקופה יותר מתמשכת, ולא רק באיזושהי הפנייה [...] שבדרך כלל נאמר אני מפנה לאיזשהו גורם, אחר כך אני עושה איזושהי בדיקה "בסדר, הגעתם?", אין לי את הזמן להמשיך הלאה. אבל מי שהפך להיות סיעודי, אם היה לי אפשרות ללוות אותו מפגש עכשיו ועוד חודש [...], לראות אותו לאורך זמן איך הם מסתגלים בתהליכים האלה, אני חושבת שהתפקיד היה יותר שלם [...] הייתי רוצה פחות מטופלים כדי שיהיה לי יותר זמן עבורם [...] למשך תקופת זמן, שמייצגת את תהליך ההסתגלות עם כל המשמעויות שלו, עד שהם באמת בונים את עצמם מחדש (ירדן).

פיצול המשרה בין מספר מרפאות הנובע ממחסור בתקנים, מוסיף אתגר לתפקיד: "העובדת הסוציאלית היא חלק מצוות רב-מקצועי, אז אי אפשר לצפות שהיא באמת תעשה את זה בשני צוותים, בשתי ערים, קהילות שונות, באמת תלמד גם להכיר את השירותים בקהילה טוב ולעבוד מולם ביעילות, זה המון אנרגיות, המון" (עלמה).

קושי נוסף נובע ממטלות שהעובדים הסוציאליים מסכימים לקבל על עצמם, אשר אינן בהגדרת תפקידם הפורמלי: "בעולם אידיאלי הייתי רוצה שהוא [התפקיד] יהיה קצת יותר ספציפי, אני חושבת שיש לנו הרבה דברים שהם לא קשורים אלינו, והם מגיעים אלינו כי אין מישהו אחר שיכול להחזיק אותם" (הודיה).

אחרים ביטאו תסכול מהצורך לייצר פתרונות נקודתיים ולגייס משאבים עבור צורכי המטופלים שאין עבורם פתרונות ברמת המערכת:

פה זו ראייה חברתית שלי [...] תמיד אומרים לי הוא נורא מסכן, כל המרפאה שלנו חצי מהם מסכנים, חצי מהם הייתי מאוד שמחה אם היו פוטרים אותם מתשלום על תרופות, אני חושבת שזה לא צריך להיות פתרון, אני חושבת שצריך ברמת המדינה על-ידי השקעה (דינה).

מרואינים אחדים התייחסו למקום המשני של המקצוע במערכת הבריאות.

עבודה סוציאלית, לפחות במרפאה שלנו, במחוז [...] זה לא איזה דבר מאוד מוערך, זה תלוי. מי שאני עובדת מולו ישירות דווקא כן. אני עובדת טובה כאילו, ואני יודעת שאני עושה עבודה טובה ושמעריכים אותי, מי שמכיר אותי. אבל בגדול אין תקנים של עובדים סוציאליים ומאוד קשה. זה לא איזה... בסוף זה מקצוע משני. את יודעת, קופת-חולים העיקר זה הרפואה. לא כולם מבינים שיש מקום נכבד לחלק הפסיכו-סוציאלי ולתת משאבים לזה (טליה).

מהעולה בתיאור, למרות שבמישור הבלתי פורמלי והאישי, המקצוע מוערך על-ידי חברי הצוות המכירים את העובדים הסוציאליים, הערכה זו איננה מתורגמת לתוצאים ארגוניים, כגון תקנים.

חשוב לציין כי לצד תיאור האתגרים בתפקיד, הדגישו המשתתפים כי תפקידם מאפשר להם אוטונומיה מקצועית, סיפוק ותחושת משמעות.

דיון

התרומה הייחודית של העובדים הסוציאליים במערכת הבריאות בקהילה

כפי שעולה מהממצאים, העובדים הסוציאליים רואים את התרומה המרכזית בתפקידם למטופלים ובני משפחתם, המתמודדים עם מצבים שונים של חולי ובריאות, ומעבר לכך חשים שהם מוסיפים ערך משמעותי גם לצוותים הרפואיים ולמערכת הבריאות בכללותה.

ההערכה הפסיכו-סוציאלית הכוללת והשילוב הרב-ממדי בין התמיכה הרגשית לאינסטרומנטלית, הם שמהווים את התרומה הייחודית של העובדים הסוציאליים למטופלים. בעוד שהצוות הרפואי מכון להשגת תוצאים בריאותיים, תפסו העובדים הסוציאליים את עצמם כגורם העיקרי במערכת שמתבונן בראייה הוליסטית על מכלול הצרכים הנפשיים והפיזיים של החולים ושל בני משפחתם. עבור המטופלים - העובדה שקיימת פונקציה במערכת שמתבוננת על הצרכים ועל הרצונות שלהם, הינה בעלת ערך רב. תרומה נוספת של העובדים הסוציאליים עבור המטופלים היא הנגשת המערכת עבורם וטיפול בחסמים המקשים עליהם לקבל שירותים ולמצות את זכויותיהם בקופת החולים ובשירותים בקהילה.

אנשי מקצוע בתחום הרפואה מכירים בכך שהתמיכה הרגשית והחברתית מהווה מרכיב חשוב ובלתי נפרד של שירותי בריאות טובים יותר למטופלים בכל הגילאים והנסיבות (Zimmerman & Dabelko),

2007). הכרה זו תומכת בתפיסת העובדים הסוציאליים, שתרומתם למטופלים היא בהיבט של רווחה נפשית וחברתית. לעובדים הסוציאליים תפקיד חשוב בקרב צוותי הרפואה הראשונית בכל הנוגע להערכה ולטיפול בגורמים הפסיכו-סוציאליים הקשורים בטיפול הרפואי (Craig et al., 2016).

מן העולה בראיונות, ההתייחסות למערכת המשפחתית היא ייחודית לעובדים הסוציאליים. אספקת בריאות הוליסטית מחייבת התייחסות גם למעגל הקרוב של המטופל, לפיכך יש לראות כחלק משמעותי בתפקיד העובדים הסוציאליים את ההתייחסות גם למשפחת החולה (Craig, Betancourt, & Muskat, 2015). באופן דומה ראו גם עובדים סוציאליים בבתי חולים את עידוד המעורבות של בני המשפחה בכל היבטי הבריאות כחלק חשוב מתפקידם (Zimmerman & Dabelko, 2007). המחקר הנוכחי מצביע כי להבדיל מיתר אנשי הצוות הרפואי, תפסו המשתתפים את תפקידם בטיפול במערכת המשפחתית כולה מאחר שהמשפחה, ולא רק החולה, נדרשת להסתגל ולהתמודד עם המשבר הרפואי. לעובד הסוציאלי תפיסה הוליסטית יותר משאר הצוות, והוא תופס את החולה כחלק אינטגרלי ממשפחתו, הוא מכליל בהתערבותו את החולה ואת המשפחה כשני נשואי טיפול המושפעים זה מזה ומשפיעים זה על זה (מוניקנדם ומנור, 2005).

תרומת העובדים הסוציאליים לצוות כפי שהשתקפה בראיונות, הינה בהארת ההיבטים הפסיכו-סוציאליים בטיפול, ובהגברת הרגישות של אנשי הצוות לצורכי החולה. לעובדים סוציאליים היכולת לתרום לצוות הרב-מקצועי פרספקטיבה ייחודית בהתבוננות (Heenan & Birrel, 2019). המשתתפים ראו את תרומתם הייחודית לצוות הרפואי בהרחבת ההתבוננות על המטופל ועל הסביבה החברתית שלו ובעיקר על המשפחה. הדבר דומה במידה רבה להגדרת התפקיד של העובדים הסוציאליים בבתי החולים: לסייע לצוות הרפואי בהבנת התרומה של הגורמים הנפשיים, החברתיים והכלכליים למצב החולי (אמיר וסלקובסקי, 2013). לתרומה זו חשיבות רבה על רקע העובדה שמטופלים ברפואה הראשונית, בדרך כלל רופאים ואחיות, אינם מצליחים, במגבלות הזמן והעלות, להתייחס לבעיות פסיכו-סוציאליות, במיוחד כשאלו משולבות עם בעיות רפואיות מורכבות. התמיכה בחברי הצוות בטיפול בצורכיהם אשר אינם קשורים במטופלים, היא ממצא ייחודי שאין לו אזכור בספרות מלבד במחקר אחד שבו תיארו העובדים הסוציאליים שמצופה מהם לתמוך בצוות הרב-מקצועי, לטפל בחברי הצוות, לפתור בעיות בתוך הקבוצה ולנהל את היחסים ביניהם, ובד-בבד לסגור על צורכי המטופלים (Craig & Muskat, 2013).

העובדים הסוציאליים הגדירו את תרומתם למערכת הבריאות בקהילה בראייה המערכתית של הבריאות, במובן הרחב של הגדרתה. הגדרת הבריאות של ארגון הבריאות העולמי כ"מצב של רווחה פיזית, נפשית וחברתית שאינה רק העדר מחלה או נכות" נמצאת בהלימה עם ערכי העבודה הסוציאלית באופן הדוק ביותר (Fort Cowles, 2003). בעוד המודל הרפואי-המסורתי מתמקד בבריאות בראייה צרה של מחלה או של העדר מחלה, הגדרות רחבות יותר שמקורן במודלים של שיתוף פעולה עם החולה ועם משפחתו, מאפשרות להרחיב את ההבנה של הבריאות כחוויה ביו-פסיכו-סוציאלית. המרוויינים תפסו את עצמם כגורם המגשר בין החולים ומשפחתם לבין המערכת, בדגש על חולים שהמערכת מתקשה להתמודד איתם, וכגורם המסנגר בפני הצוותים וקובעי המדיניות על צורכי האוכלוסיות המוחלשות. לעובדים הסוציאליים תפקיד מערכתי לסנגר על הנגשת הבריאות לאוכלוסיות מוחלשות (Peterson, 2012). מחקרה של באום האיר את חשיבות התפקיד של העובדים הסוציאליים בצמצום פערי אי-השוויון בבריאות בדרך של מימוש זכויות של חולים ממעמד סוציו-

כלכלי נמוך וסנגור עליהם בפני הצוותים (Baum, 2016). יתרה מכך, העובדים הסוציאליים במערכת הבריאות מבצעים תפקידים משמעותיים של סינגור גם ברמת המאקרו, בהובלת שינויים מערכתיים, שמעבר לרמת הפרט ולמשפחה (Morris, Muskat, & Greenblatt, 2018).

אתגרי העובדים הסוציאליים במערכת הבריאות בקהילה

האתגרים המרכזיים של העובדים הסוציאליים כפי שעולה בראיונות, קשורים בצוות ובמערכת. ניכר היה כי תפקידם מאתגר בשל הפער בין השיח הרפואי והשיח החברתי ובשל הגישור שהם מנסים לייצר בין השיחים עבור המטופלים ועבור הצוות. המרואיינים תיארו כי ההתבוננות שלהם על החולה והמיקוד שלהם בטיפול שונים משל אנשי הצוות הרפואי. חלקם ביטאו גאווה בהחזיקם ערכים ומיומנויות המייחדים אותם מהצוות, וחשו שאלו מקנים להם מעמד של מומחים. אחרים ביטאו תחושת בידוד מקצועית וחשו לעיתים חריגות בקרב הצוות המדבר בשפה שונה. עובדים סוציאליים מביאים את השפה המקצועית למערכת הרפואית (מוניקנדס ומנור, 2005). האידיאולוגיה והפרקטיקה שלהם אינם תמיד מובנים או זוכים להערכה על-ידי הצוות (Glaser & Suter, 2016). זאת בנוסף לבעיות הקשורות במיקום של העובדים הסוציאליים במסגרת הרפואה הראשונית, על רקע פערים במעמד המקצועי בין הקבוצות התעסוקתיות השונות (Lymbery & Millward, 2002). עבודתם של הרופאים מאופיינת בקצב ובהקף גבוהים, וזאת בשונה מהחקירה החברתית היסודית המאפיינת את עבודת העובדים הסוציאליים. הבדלים אלו בגישה עלולים להוביל להתפתחות ניגודים בתפיסה של ההערכה ושל ההתערבות. על רקע חוסר השוויון בין קבוצות העיסוק, התייחסו חלק מהמרואיינים במחקר הנוכחי למקצוע כשירות משני ובעל מעמד נמוך ביחס למקצועות האחרים, דבר המתבטא באופן חלוקת המשאבים ובמחסור בתקנים, והמהווה עבורם מקור לתסכול. עובדים סוציאליים מוגבלים ביכולתם להשתמש בכוחם המקצועי, המבוסס על ערכים ועל מומחיות, כשהם מתחרים עם בעלי מקצועות יוקרתיים יותר, אשר מציבים בפניהם מחסומים ניהוליים דרך שליטה על משאבים ארגוניים (Garrow & Hasenfeld, 2016).

המשתתפים תיארו שתפקידי הייעוץ והטיפול לאנשי הצוות מזכים אותם במעמד מיוחד. אוסלנדר (2005) מזהירה כי אחד הסימנים למגמה שעובדים סוציאליים בשירותי הבריאות מאבדים את זהותם המקצועית היא העובדה שהם מציגים עצמם בכינויים כיועצים או כתרפיסטים, המעמעמים את השתייכותם המקצועית. הסיבה לכך נעוצה, לדעתה, בסטטוס הנמוך של המקצוע, שעדיין שואף להגדיר את עצמו. בעיית ההזדהות בולטת במיוחד במסגרות "מארחות" כמו בתי חולים ומרפאות קהילתיות, שבהן העובדים הסוציאליים חשופים לעמימות התפקיד וללחצים שונים.

נוסף על כך, תיארו המשתתפים פעולות נוספות שעשויות לתרום למעמדם, כמו קבלת אחריות על כל משימה מורכבת שחברי הצוות התקשו לבצעה. אלו תוארו כפעולות המקנות להם מקום מרכזי ומוערך בצוות תוך טשטוש הבדלי המעמד הנובעים מהתפקיד. במחקרם של לי, לי וארמור תוארו אסטרטגיות פורמליות ובלתי פורמליות שאותן נוקטים העובדים הסוציאליים בבתי אבות, כדי לחזק את זהותם ולבסס את מעמדם בצוות (Lee, Lee, & Armour, 2016). לצד הרווחים ביישום האסטרטגיות הללו, קיימים גם מחירים שהעובדים הסוציאליים עלולים לשלם בשל נשיאת התפקידים הללו. יותר ויותר מצפים מעובדים סוציאליים במערכת הבריאות לספק שירותים משניים לדיסציפלינות אחרות, שאינם בהכרח תורמים ישירות לתוצאות הטיפוליות של המטופלים. שירותים אלו גוזלים מהם מאמצים, ואולם

אין להם הכרה בתיאור תפקידם של העובדים הסוציאליים, הם אינם נחשבים בספירת התפוקות, ואינם נכללים בהערכת הביצועים שלהם, דבר העלול להוסיף ללחץ שממילא חווים העובדים הסוציאליים (Craig & Muskat, 2013). תחושת העומס שתיארו משתתפי המחקר הנוכחי, מקורה בריבוי המטלות לנוכח משאבי הזמן המוגבלים, בהתמודדויות רגשיות הקשורות בתפקיד ובבידוד המקצועי שלהם כעובדים סוציאליים יחידים במרפאות. בצד אתגרים אלו ביטאו המשתתפים תחושת סיפוק ומשמעות אשר הם שואבים מתפקידם.

אתגר השמירה על הזהות המקצועית

אתגר חשוב שעלה בראיונות, הוא שמירת הזהות המקצועית של העובדים הסוציאליים בהיותם חלק ממערכת הבריאות. הספרות המקצועית הצביעה על האתגר שהעובדים הסוציאליים חווים בהיותם מועסקים בסביבות "מארחות" אשר אינן תומכות באופן טבעי בערכיהם המקצועיים, תוך שהם מבססים את מעמדם במערכת היררכית שבה הבדלים בין קבוצות מקצועיות (Silverman, 2008), וכאשר מאזן הכוחות עלול להשפיע על יכולתם לבטא את מקצועיותם (Garrow & Hasenfeld, 2016). לצד היתרונות המקצועיים שהמשתתפים תיארו בהיותם חלק מצוות רב-מקצועי, עלו רמזים להשפעה האפשרית על זהותם המקצועית. זהות מקצועית נבנית דרך אינטראקציות ומערכות יחסים, בתהליך מתמשך של משא ומתן על הגדרות התפקיד (Payne, 2006), אולם תחושת הזהות עלולה להיות מאוימת בסיטואציות של עבודה משותפת, בעיקר בסביבות תחרותיות (King & Ross, 2004). במקום לנסות לשמר זהויות מקצועיות מבוססות, העובדים הסוציאליים עשויים לפתח את זהותם באופן יותר אפקטיבי באמצעות משא ומתן על הידע שלהם ודרך הפגנת עשייה בפרקטיקה בתוך הצוות הבין-מקצועי (Payne, 2006). המרואיינים במחקר הנוכחי הפגינו מיומנויות וכישורים בצוות, וביססו לעצמם זהות של מומחים בהבנת האדם שמעבר למחלה, המסייעים לצוות לפענח את החולה ולגייס אותו לטיפול, דבר התורם לשיפור הטיפול הרפואי, ומקל את מצוקת הצוות. ייתכן שהתמונה העולה במחקר זה איננה תמונה של קונפליקט בין זהויות, אלא תמונה של שילוב בין זהויות תוך יצירת זהות מחודשת הנאמנה לזהות המקצועית הבסיסית, והמייצרת ערך מוסף עבור העובדים הסוציאליים.

האתגר הכלכלי שתואר בראיונות, הנובע מהקשיים הכלכליים שמולם ניצבים ארגוני הבריאות, מוזכר גם בספרות המקצועית. העובדים הסוציאליים מודעים היטב למחסור במשאבים ולהשלכות שיש לצורך להתיעל ולקצץ בהוצאות על יכולתם לספק שירותים והתערבויות. מעסיקים מעדיפים עובדים המחויבים למקסם משאבים מוגבלים על פני עובדים העוסקים בהעצמה ובצדק חברתי, והעובדים הסוציאליים חייבים לפתח יכולת עסקית ולספק התערבויות יעילות מבחינה כלכלית (Spitzer & Davidson, 2013), לעסוק בשיתופי פעולה, ולגייס משאבים והשפעה תוך כדי שהם מגינים על פעולות המשקפות את ערכיהם המקצועיים (Dane & Simon, 1991). יישום אסטרטגיות המכוונות להתייעלות ולניהול תקציבים עלול להוביל לדילמות אתיות בפרקטיקה של העובדים הסוציאליים (Heenan & Birrel, 2019) ולקונפליקט בין המחויבות שלהם לארגון לבין המחויבות שלהם למטופלים (Dane & Simon, 1991; Mänttari, 2016). ביטויים לכך ניתן למצוא גם בשיח ה"עסקי" של משתתפי המחקר הנוכחי, המתיישב עם זה של הארגונים שבהם הם עובדים. עובדים סוציאליים בתפקידי ניהול העלו אתגרים כמו מחסור בכוח אדם ובתקנים, בעוד משתתפים אחרים ביטאו את הלחצים המופעלים עליהם להעלות תפוקות ולקצר משכי טיפול, דבר שלדעתם פוגע באיכות הטיפול שמספקים למטופלים.

השתלבות העבודה הסוציאלית בארגון מחדש של הרפואה בקהילה

שימור הערכים שהעובדים הסוציאליים מייצגים חיוני ביותר כאשר מערכת הבריאות, בשל האילוצים הכלכליים, מתרחקת יותר מהבטחת הרווחה החברתית, במיוחד בישראל, שבה מערכת הרווחה ומערכת הבריאות הן ישויות נפרדות. כאמור, שילוב העבודה הסוציאלית ברפואה הראשונית מתרחש בעידן של שינויים במערכת הבריאות, ביניהם המעבר לאספקת הטיפול מבתי חולים לקהילה. הזדקנות האוכלוסייה והשכיחות הגוברת של המחלות הכרוניות, מציבות בפני מערכת הבריאות צורך לאמץ גישות טיפוליות-הוליסטיות ושיתופי פעולה בין-מקצועיים, אלו טבועות באופי ובחינוך המקצועי של העובדים הסוציאליים (Fouche, Butler, & Shaw, 2013), ונראה שהערכים שלהם מציבים אותם כאידיאליים למלא תפקיד מוביל באתגרים הללו. ואכן, בראיונות בלטה תרומת העובדים הסוציאליים לטיפול בחולים הכרוניים ובעיקר חולי הסוכרת הנמצאים במיקוד תשומת הלב של המערכת הרפואית בקהילה. חשיבות ממצא זה קשורה בהזדמנות של העובדים הסוציאליים לבסס את תפקידם בעיתוי הנוכחי, על רקע ההתפתחות הטכנולוגית, העלייה בתוחלת החיים, הזדקנות האוכלוסייה, השכיחות הגוברת של המחלות הכרוניות והמעבר לאספקת השירות הרפואי בקהילה (Bertin & Pantalone, 2019; Keefe et al., 2009).

הרפואה הראשונית נאלצת להתמודד עם בעיות פסיכו-סוציאליות מורכבות, המשולבות עם חולי פיזי. כדי לספק שירות רפואי כוללני ואיכותי לחולים עם מחלות כרוניות, נדרש שילוב של כישורים ומיומנויות בעבודת צוות בין-מקצועית, המאפשרת טיפול הוליסטי והמשכי בקהילה (Wagner, 2000; Xyrichis & Lowton, 2008). להשתתפות העובדים הסוציאליים תרומה קריטית לטיפול בחולים הכרוניים בשל מודעותם לבעיות פסיכו-סוציאליות המשפיעות על דבקות החולים בטיפול ועל תוצאות הבריאות שלהם (Claiborne & Vandenberg, 2001). במחקר הנוכחי עלה שהעובדים הסוציאליים במרפאות בקהילה מעריכים ומטפלים במכלול הגורמים המשפיעים על הטיפול במחלה, לרבות במצוקות הנפשיות של החולה ובהבניית תחושת המסוגלות העצמית המשפיעות על יכולתו להתגייס לטיפול במחלתו ותורמות לאיזון המחלה. לעובדים הסוציאליים ההכשרה והמיומנויות לעזור לחולים הכרוניים – בעיקר לאלו שבסיכון פסיכו-סוציאלי גבוה – להסתגל למחלה, תוך שמירה על תפקודם בסביבתם. ניהול מחלה כולל מרכיב החסר בדרך כלל בהתערבות רפואית, ואשר העבודה הסוציאלית דגלה בו באופן מסורתי – נקודת המבט של המטופל על הטיפול, ומידת שביעות רצונו מתוצאותיו. המיקוד במטופל עוזר להבין כיצד אנשים מתמודדים עם מחלות כרוניות, וכיצד הם מזחים בעצמם התנהגויות המשפרות את הניהול העצמי (Claiborne & Vandenberg, 2001). בכדי להוביל את המטופלים לתהליכי שינוי, יש לייצר עבורם מרחב פסיכולוגי בטוח וסביבה מכילה, המאפשרת לאנשים לקבל את ההחלטות הנכונות עבור עצמם בתוך חוויית אובדן השליטה שממילא הם חווים. לעובדים הסוציאליים הכישורים והמיומנויות של חמלה, אמפתיה ויכולת להתייחס לנקודת המבט של המטופל – המאפשרים סביבה בטוחה (Monterio et al., 2016).

המשתתפים תיארו גם את תרומתם לצוות הרב-מקצועי, בכל הקשור בהעמקת ההבנה של היבטים הפסיכו-סוציאליים הקשורים ביכולת של החולים הכרוניים להתגייס לשינוי התנהגות ולהיענות לטיפול עצמי. בהלימה לכך, לעובדים הסוציאליים בצוותי מרכזי הבריאות בקהילה, היכולת להדגים טיפול אינטגרטיבי ומותאם תרבות, ובו-זמנית להציע למטפלים האחרים יעוץ להתנהגות בריאותית, איתור מוקדם של צרכים נפשיים והתערבות בתחום הנפשי (Davis et al., 2015).

מהעולה מהעובדים הסוציאליים, מעבר למיומנויות שלהם, במוכן מסוים גם העדר הזמן של הצוות הרפואי מבליט את תרומתם. נושא זה מקבל ביטוי גם בספרות המקצועית. הרופאים הראשוניים מתקשים לערוך ראיונות מקיפים כשהם מתבקשים לראות חולים מדי 15 דקות. החולים עוברים במרפאה ב"שרשרת", ובמציאות זו, מיומנויות הריאיון או הטיפול בצרכים הפסיכו-סוציאליים של החולים נדחקים בהכרח הצידה. כתוצאה מכך, הרופאים מוגבלים ביכולתם לספק תמיכה רגשית, חינוך לבריאות ותיאום טיפול לחולים שלהם. נראה כי הפתרון האפקטיבי הוא לאפשר לעובדים הסוציאליים למלא את הצרכים הללו בשל העובדה שהם בעלי מיומנויות טיפול באנשים עם בעיות בריאות רבות ועם קבוצות חולים בסיכון גבוה (Pecukonis, Cornelius, & Parrish, 2003). גם במחקר הנוכחי עולה שהמבנה הנוכחי של אספקת שירותי הרפואה מביא לכך שהרופא מצר את תפקידו, וכפועל יוצא מכך עולה חשיבות התרומה של העבודה הסוציאלית בהבנת עולמו החברתי והרגשי של המטופל, המהותית לתהליך הטיפולי בחולים הכרוניים. צוותי הבריאות מכירים בכך שהעובדים הסוציאליים הם בעלי תפקיד מרכזי בשל יכולתם לעסוק בטיפול בחולים ולתמוך בהם בהשגת המטרות הטיפוליות הרצויות. תפקידם מקבל חשיבות בשל העובדה שהמערכת הרפואית נעשתה מורכבת מבחינה טכנולוגית ומפוצלת להתמחויות (Allen, 2012). לדעת אלן, כיוון שהמודלים המסורתיים לאספקת רפואה נכשלו בטיפול בבעיות כרוניות, הרפואה הראשונית חייבת להתבונן על האדם כשלם בקונטקסט של הסביבה שלו. לעובדים הסוציאליים המביאים את ההתבוננות הזו יש הזדמנות מיוחדת להבטיח שהמודלים הרפואיים יספקו בריאות כוללת, וישפרו תוצאי-בריאות בדגש על אוכלוסיות חלשות.

מגבלות המחקר

למחקר מספר מגבלות. ראשית, המחקר נערך בקרב עובדים סוציאליים בקופות החולים בלבד, אלו מהווים את רוב העובדים במערכת הבריאות בקהילה בישראל; עם זאת ייתכן שיש עובדים סוציאליים אחרים בתחום הבריאות בקהילה, בעמותות או בארגונים לא ממשלתיים, שתפיסותיהם עשויות להיות שונות. שנית, המחקר נערך בישראל, ולמרות שעובדים סוציאליים במדינות אחרות מתמודדים עם אתגרים דומים, המבנה הייחודי של מערכת הבריאות בישראל עלול להקשות על הכללת הממצאים למדינות אחרות. נוסף על כך, אומנם המשתתפים אינם מהווים מדגם מייצג, אך בחירתם בוצעה בקפידה באופן המשקף בצורה הרחבה ביותר את מגוון העובדים הסוציאליים במערכת הבריאות בקהילה. היות שהמחברת הראשונה הינה חלק מהשדה הנחקר, נדרשה נקיטת אמצעים לשימור הניטרליות שלה ולהבטחת אמינות מחקרית. לבסוף, התפיסות הסובייקטיביות של המשתתפים בהתייחס לתרומת תפקידם אינן כוללות התייחסויות של המטופלים ושל שותפי התפקיד בצוות.

מאחר שמעט נחקר על תפקיד העובדים הסוציאליים במערכת הבריאות בקהילה, יש חשיבות למפות קודם כול את תפיסותיהם עצמם. מחקר נוסף נדרש בכדי להאיר את תפקידם ואת תרומתם מזוויות המבט של המטופלים ומשפחתם, של אנשי הצוות ושל קובעי המדיניות, ולהבהיר את השפעת ההשתלבות בארגוני הבריאות על יכולתם של העובדים הסוציאליים לשמר את זהותם המקצועית. מאחר שהמחקר נערך טרם יישום הרפורמה בבריאות הנפש, ראוי לבדוק השפעתה על התמות העולות במחקר זה. יישום הרפורמה שונה בין קופות החולים, וייתכן שהדבר יעצב באופן שונה את תפקיד העובדים הסוציאליים.

תרומת המחקר והמלצות לפרקטיקה

על-אף האמור, חוזקותיו של המחקר קשורות בשיתוף הפעולה המלא שלו זכינו מצד העובדים הסוציאליים שהוזמנו להשתתף במחקר ומנהליהם, ובכך שהליך המחקר נערך על-פי העיצוב המקורי ותוך הקפדה ביקורתית- לאורך כל שלבי ביצעו. המחקר מרחיב את ההבנה לגבי התפקיד הייחודי של העובדים הסוציאליים ולגבי חיוניותם למערכת הבריאות בקהילה, בהיותם הגורם שמתמקד בצורכי המטופלים, ובשמשם כגורם המגשר בינם לבין המערכת. לצד זאת, המחקר מדגיש את האתגרים שהעובדים הסוציאליים מתמודדים איתם: בדידות מקצועית בסביבה המדברת בשפה ערכית שונה; שימור הערכים המקצועיים שלהם; והבהרת הזהות המקצועית והגבולות המקצועיים שלהם תוך ניסיונם להשתלב במערכת הבריאות.

לנוכח הזירה הבריאותית המתרחקת ממדיניות הרווחה, והמקבלת צביון כלכלי אל מול המחסור במשאבים, מתחזקת החשיבות בשמירת הערכים שהעובדים הסוציאליים מייצגים. הבנת תרומתם לטיפול בחולים, בדגש על החולים הכרוניים, מעניקה לעובדים הסוציאליים הזדמנות להפוך לשותפים מרכזיים בארגון מחדש של הרפואה בקהילה. על העובדים הסוציאליים להגדיר את תפקידם לשותפיהם בצוות, תוך הדגשת הערך שהם מביאים לחולים ולמשפחותיהם והתרומה הייחודית שלהם לשיפור הטיפול הרפואי, למניעת הידרדרות במצבם הבריאותי של המטופלים ולמניעת שחיקת בני המשפחה המטופלים בחולה. חשיפת העשייה המקצועית לשותפים בצוות תבסס את מקומם בצוות ובמערכת הבריאות, ובו-בזמן תקל את חוויית הבדידות המקצועית. בעידן של משאבים מוגבלים, העשייה המקצועית של העובדים הסוציאליים והראייה ההוליסטית שהם מביאים למערכת הכרחיים להבטחת טיפול מותאם לצורכי החולים ומשפחותיהם. התיאום שהם מקיימים עם שירותי הקהילה מאפשר ניצול יעיל ואיגום של משאבים. חשוב שקובעי המדיניות המתכננים את מבנה אספקת שירותי הבריאות בקהילה לחולים כרוניים ולקשישים, יהיו מודעים לתרומה המרכזית של העובדים הסוציאליים וישלבו אותם בצוותים הרב-תחומיים תוך שהם מבטיחים הדרכה ותמיכה בצורכיהם המקצועיים, אשר יאפשרו לשמר אותם במערכת.

נקודות מפתח

- לעובדים הסוציאליים תרומה ייחודית למערכת הבריאות בקהילה, בהאירם את צורכי המטופלים, ובהיותם גורם המגשר בינם לבין המערכת.
- למיומנויות המקצועיות של העובדים הסוציאליים תרומה להבטחת הטיפול ההוליסטי בחולים הכרוניים בקהילה.
- הערך שהעובדים הסוציאליים מביאים לטיפול בחולים ובמשפחתם ולצוותים הרפואיים מעניק להם הזדמנות להיות שותפים מרכזיים בארגון מחדש של הרפואה בקהילה.
- לצד הסיפוק מתפקידם, העובדים הסוציאליים חשים בדידות מקצועית וקושי לשמר את הערכים שאותם הם מייצגים.

מקורות

- אוסלנדר, ג., אברמוביץ, א., בן-שחר, א., פייגין, ר., פרנק, ט., רבין, ב. ואחרים. (2005). עבודה סוציאלית במערכת הבריאות: סוגיות מרכזיות במישור הבין-לאומי וביטייהן בישראל. **חברה ורווחה, כה (1)**, 11-36.
- אמיר, ד. וסלקובסקי, מ. (2013). עבודה סוציאלית במערכת הבריאות. בתוך: חובב, מ. לונטל, א. וקטן, י. **עבודה סוציאלית בישראל**. תל אביב: הוצאת הקיבוץ המאוחד, עמודים 560-592.
- ברקת, י. (2010). **התפתחות השירותים הסוציאליים במערכת הבריאות בישראל מראשיתם ועד לאחר החלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי-1994** חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה. באר שבע: אוניברסיטת בן-גוריון.
- וייס-גל, ע. ולוין, ל. (2008). האם עובדים סוציאליים נדרשים לעסוק בפרקטיקת מדיניות? ניתוח תיאורי תפקיד. **ביטחון סוציאלי, 77**, 29-58.
- חוזר מנהל רפואה 56/2003 בנושא: **הפעלת שירותי עבודה סוציאלית במערך שירותי הבריאות בקהילה**. נדלה מתוך אתר משרד הבריאות: https://www.health.gov.il/hozer/mr65_2003.pdf
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994. נדלה מתוך אתר משרד הבריאות: https://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Bituah_01.pdf
- מוניקנדם, מ. ומנור, ד. (2005). של מי התפקיד הזה? תפיסתם של רופאים ואחיות את מרכיבי התפקיד של עובדים סוציאליים בבתי-חולים. **חברה ורווחה, כה (1)**, 37-54.
- סוסקולני, ו., אוסלנדר, ג. ובן שחר, א. (2019). עבודה סוציאלית במערכת הבריאות: הסטוריה של התפתחות מקצועית ואתגרים לעתיד. בתוך: גל, ג. והולר, ר. **לא צדקה אלא צדק, פרקים בהתפתחות העבודה הסוציאלית בישראל**. קריית שדה-בוקר: מכון בן-גוריון, 245-272.
- שלסקי, ש. ואלפרט, ב. (2007). **דרכים בכתיבת מחקר איכותני: מפרוק המציאות להבנייתה כטקסט**. תל-אביב: מכון מופ"ת.
- שקדי, א. (2014). **המשמעות מאחורי המילים, מתודולוגיות במחקר איכותני - הלכה למעשה**. תל-אביב: רמות.
- Albrithen, A., & Yalli, N. (2015). Medical social workers' perceptions related to interprofessional teamwork at hospitals. *Journal of Social Service Research, 41*, 722-731. doi: 10.1080/01488376.2015.1068723
- Allen, H. (2012). Is there a social worker in the house? Health care reform and the future of medical social work. *Health & Social Work, 37* (3), 183-186. doi: 10.1093/hsw/hls021
- Ashcroft, R., McMillan, C., Ambrose-Miller, W., McKee, R., & Brown, J. B. (2018). The emerging role of social work in primary health care: A survey of social workers in Ontario family health teams. *Health & Social Work, 43* (2), 109-117. doi: 10.1093/hsw/hly003
- Auslander, G. (2001). Social Work in Health Care: What have we achieved? *Journal of Social Work, 1*, 201-222. doi: 10.1177/146801730100100206
- Baraclough, J., Dedman, G., Osborn, H., & Willmott, P. (1996). *One hundred years of health-related social work 1895-1995: Then-now-onwards*. Oxford, England: British Association of Social Workers.
- Baum, N., Shalit, H., Kum, Y., & Tal, M. (2016). Social workers' role in tempering inequality in healthcare in hospitals and clinics: A study in Israel. *Health & Social Care in the Community, 24*(5), 605-613. doi: 10.1111/hsc.12234
- Bertin, G., & Pantalone, M. (2019). Professional identity in community care: The case of specialist physicians in outpatient services in Italy. *Social Science & Medicine, 226*, 21-28. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.02.029

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp0630a
- Claiborne, N., & Vandenburg, H. (2001). Social workers' role in disease-management. *Health & Social Work, 26*(4), 217-225. doi: 10.1093/hsw/26.4.217
- Craig, S. L., Bejan, R., & Muskat, B. (2013). Making the invisible visible: are health social workers addressing the social determinants of health? *Social Work in Health Care, 52*(4), 311-331. doi:10.1080/00981389.2013.764379
- Craig, S. L., & Muskat, B. (2013). Bouncers, brokers, and glue: The self-described roles of social workers in urban hospitals. *Health & Social Work, 38*, 7-16. doi: 10.1093/hsw/hls064
- Craig, S. L., Betancourt, I., & Muskat, B. (2015). Thinking big, supporting families and enabling coping: The value of social work in patient and family centered health care. *Social Work in Health Care, 54*, 422-443. doi: 10.1080/00981389.2015.1017074
- Craig, S. L., Frankford, R., Allan, K., Williams, C., Schwartz, C., Yaworski, A. Janz, G., & Malek-Saniee, S. (2016). Self-reported patient psychosocial needs in integrated primary health care: A role for social work in interdisciplinary teams. *Social Work in Health Care, 55*, 41-60. doi: 10.1080/00981389.2015.1085483
- Dane, B. O., & Simon, B. L. (1991). Resident guests: Social workers in host settings. *Social Work, 36*(3), 208-213. doi: 10.1093/sw/36.3.208
- Davis, T. S., Guada, J., Reno, R., Peck, A., Evans, S., Sigal, L. M & Swenson, S. (2015). Integrated and Culturally Relevant Care: A model to prepare social workers for primary care behavioral health practice. *Social Work in Health Care, 54*, 909-938. doi: 10.1080/00981389.2015.1062456
- Denzin, N., & Lincoln, Y. S. (2005). *The Sage handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Emprechtinger, J., & Voll, P. (2017). Inter-professional collaboration: Strengthening or weakening social work identity? In S. A. Webb (Ed.), *Professional identity in social work* (pp. 136-150). Oxfordshire, England: Routledge.
- Fort Cowles, L. (2003). *Social work in the health field: A care perspective*. New York, NY: Routledge.
- Fouche, C., Butler, R., & Shaw, J. (2013). Atypical alliances: The potential for social work and pharmacy collaborations in primary health care delivery. *Social Work in Health Care, 52*, 789-807. doi: 10.1080/00981389.2013.827147
- Fusch, P. I., & Ness, L. R. (2015). Are we there yet? Data saturation in qualitative research. *The Qualitative Report, 20*, 1408-1416.
- Garrow, E. E., & Hasenfeld, Y. (2016). When professional power fails: A power relations perspective. *Social Service Review, 90*, 371-402. doi: 10.1086/688620
- Glaser, B., & Suter, E. (2016). Interprofessional collaboration and integration as experienced by social workers in health care. *Social Work in Health Care, 55*, 395-408. doi: 10.1080/00981389.2015.1116483
- Heenan, D., & Birrell, D. (2019). Hospital-based social work: Challenges at the interface between health and social care. *The British Journal of Social Work, 49*, 1741-1758. doi: 10.1093/bjsw/bcy114
- Jones, B. L. (2005). Pediatric palliative and end-of-life care: The role of social work in pediatric oncology. *Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care, 1*(4), 35-62. doi: 10.1300/J457v01n04_04
- Keefe, B., Geron, S. M., & Enguidanos, S. (2009). Integrating social workers into primary care: Physician and nurse perceptions of roles, benefits, and challenges. *Social Work in Health Care, 48*, 579-596. doi: 10.1080/00981380902765592
- King, N., & Ross, A. (2004). Professional identities and interprofessional relations: evaluation of collaborative community schemes. *Social Work in Health Care, 38*(2), 51-72. doi: 10.1300/j010v38n02_03

- Knight, L. (2015). Oncology social work practice in hospitals and cancer centers. In G. Christ, C. Messner, & L. Behar (Eds.), *Handbook of oncology social work* (pp. 693-699). New York, NY: Oxford University Press.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lee, A. A., Lee, S. N., & Armour, M. (2016). Drivers of change: Learning from the lived experiences of nursing home social workers. *Social Work in Health Care, 55*(3), 247-264. doi: 10.1080/00981389.2015.1111967
- Lymbery, M., & Millward, A. (2002). Community care in practice: Social work in primary health care. *Social Work in Health Care, 34*(3-4), 241-259. doi: 10.1300/J010v34n03_01
- Mänttari-van der Kuip, M. (2016). Moral distress among social workers: The role of insufficient resources. *International Journal of Social Welfare, 25*, 86-97. doi: 10.1080/00981389.2017.1347596
- McIntosh, J., & Bennett-Emslie, G. (1993). The health center as a location for care management. *Health & Social Care in the Community, 1*(2), 91-97. doi: 10.1111/j.1365-2524.1993.tb00201.x
- Mizrahi, T., & Davis, L. E. (2008). *Encyclopedia of Social Work, Volume 4*. New York, NY: Oxford University Press.
- Monterio, C., Arnold, J., Locke, S., Steinhorn, L., & Shanske, S. (2016). Social workers as care coordinators: Leaders in ensuring effective, compassionate care. *Social Work in Health Care, 55*, 195-213. doi: 10.1080/00981389.2015.1093579
- Morris, R., Muskat, B., & Greenblatt, A. (2018). Working with children with autism and their families: pediatric hospital social worker perceptions of family needs and the role of social work. *Social Work in Health Care, 57*, 483-501. doi: 10.1080/00981389.2018.1461730
- Oliver, C. (2013). Social workers as boundary spanners: Reframing our professional identity for interprofessional practice. *Social Work Education, 32*, 773-784. doi: 10.1080/02615479.2013.765401
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research and Evaluation Methods* (4th ed). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Payne, M. (2006). Identity politics in multi-professional teams: Palliative care social work. *Journal of Social Work, 6*(2), 137-150. doi: 10.1177%2F1468017306066741
- Pecukonis, E. V., Cornelius, L., & Parrish, M. (2003). The future of health social work. *Social Work in Health Care, 37*(3), 1-15. doi: 10.1300/J010v37n03_01
- Peterson, E. B., Chou, W. Y. S., Falisi, A., Ferrer, R., & Mollica, M. A. (2018). The role of medical social workers in cancer clinical trial teams: A group case study of multidisciplinary perspectives. *Social Work in Health Care, 57*, 688-704. doi: 10.1080/00981389.2018.1477899
- Peterson, K. J. (2012). Shared decision making in health care settings: A role for social work. *Social Work in Health Care, 51*, 894-908. doi: 10.1080/00981389.2012.714448
- Rowe, J. M., Rizzo, V. M., Vail, M. R., Kang, S. Y., & Golden, R. (2017). The role of social workers in addressing nonmedical needs in primary health care. *Social Work in Health Care, 56*, 435-449. doi: 10.1080/00981389.2017.1318799
- Silverman, E. (2008). From ideological to competency-based: the rebranding and maintaining of medical social work's identity. *Social Work, 53*, 89-91. doi: 10.1093/sw/53.1.89
- Spencer, M. S., Gunter, K. E., & Palmisano, G. (2010). Community health workers and their value to social work. *Social Work, 55* (2), 169-180. doi: 10.1093/sw/55.2.169
- Spitzer, W. J., & Davidson, K. W. (2013). Future trends in health and health care: Implications for social work practice in an aging society. *Social Work in Health Care, 52*, 959-986. doi: 10.1080/00981389.2013.834028
- Sweifach, J. S. (2015). Social workers and interprofessional practice: Perceptions from within. *Journal of Interprofessional Education & Practice, 1*, 21-27. doi: 10.1016/j.xjep.2015.03.004

- Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: Eight “big-tent” criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry, 16*, 837-851. doi: 10.1177/1077800410383121
- Wagner, E. H. (2000). The role of patient care teams in chronic disease management. *British Medical Journal, 320*(7234), 569-572. doi: 10.1136/bmj.320.7234.569
- Whitaker, T., Weismiller, T., Clark, E., & Wilson, M. (2006). *Assuring the sufficiency of a frontline workforce: A national study of licensed social workers. Executive summary*. Washington, DC: National Association of Social Workers.
- Xyrichis, A., & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional team working in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies, 45*, 140-153. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.01.015
- Zimmerman, J., & Dabelko, H. I. (2007). Collaborative models of patient care: new opportunities for hospital social workers. *Social Work in Health Care, 44*(4), 33-47. doi: 10.1300/J010v44n04_03

מודל ISOAPS לתיעוד בעבודה סוציאלית: יישום בשירותי בריאות כללית¹

שיר דפנה-תקוע, נורית איתן גוטמן ואורי בלה

תקציר²

רקע: בעבודה הסוציאלית יש חשיבות לתיעוד שיטתי. שיתוף פעולה בין האקדמיה לשירותי בריאות כללית אפשר להתאים את מודל הכתיבה הרפואי הנפוץ SOAP לכתיבה בתחום העבודה הסוציאלית במודל ISOAPS (Introduction, Subjective, Objective, Assessment, Plan, Summary).

מטרת המאמר: הצגת מודל ISOAPS ויישומו בתיעוד מקצועי בעבודה הסוציאלית ככלי לשיפור תהליך העבודה, התיעוד המקצועי וממשקי העבודה הרב-מקצועיים.

שיטה: השינוי באיכות התיעוד נבחן באמצעות מתודולוגיה משולבת איכותנית וכמותית לפני תהליך ההטמעה ולאחריו. רשומות של עו"ס בשירותי בריאות כללית הוערכו על-ידי צוותים רפואיים, עו"ס מומחיות בבריאות ועו"ס בשירותי בריאות כללית. בתום ההטמעה נערכו ראיונות איכותניים מובנים-למחצה.

ממצאים עיקריים: שיעור המעריכים את הרשומה שלהם כבנויה בצורה נכונה ומקצועית עלה מ-46% לפני ההטמעה ל-61% אחריה. לאחר ההטמעה דיווחו 81% מהעו"ס שהשתתפו במחקר כי לרשומות שהם כותבים יש כעת מבנה אחיד וקבוע. תהליך ההכשרה הכין אותם היטב לשינוי בכתיבה המקצועית, ומרביתם (83%) משתמשים במודל. הממצאים האיכותניים המחישו שהשימוש ב-ISOAPS יוצר כתיבה אחידה, משפר סטנדרט מקצועי וחשוב להוראת כתיבה מקצועית לסטודנטים לעבודה סוציאלית.

מסקנות: מודל ISOAPS מבטא גוף ידע ספציפי ומאפשר סטנדרטיזציה של הכתיבה ומשפר את התקשורת בין העו"ס לצוותים הרפואיים.

השלכות לפרקטיקה: מודל ISOAPS מהווה כלי אפקטיבי לתיעוד בתחומי העבודה הסוציאלית השונים, ועשוי לתרום למקצוע בכללותו.

מילות מפתח: SOAP, ISOAPS, עבודה סוציאלית, צוותים רפואיים, כתיבה מקצועית

1 המחברים רוצים להודות לאינד מוריניק שהגתה את המונח ISOAPS, כמו כן לסוקרים ולסוקרות האנונימיים על תרומתם למאמר.

2 הטקסט נוקב בלשון זכר אך מתייחס לשני המינים, היכן שניתן בחרנו להשתמש בקיצור עו"ס המתייחס לשני המינים, וכן ללשון יחיד וללשון רבים

מבוא

בשנת 2014 פיתחה מכללת אשקלון, ביוזמת המועצה להשכלה גבוהה, קורס שנועד לאפשר לתלמידים להתנסות בשילוב של מחקר אקדמי ועבודת שדה על-ידי התייחסות למקרה הבוחן של העבודה הסוציאלית-הרפואית³ במהלך הקורס בשירותי בריאות כללית התוודעו התלמידים לתיעוד הרפואי בתיקי המטופלים. תיעוד זה נרשם על-פי מודל SOAP, הוא המודל הנהוג בתיעוד הרפואי בארץ ובעולם. הסטודנטים ציינו שחסר מודל דומה לתיעוד רשומות העבודה הסוציאלית, דוח פסיכו-סוציאלי, ועמדו על הצורך לכלול בתוכנית הלימודים גם כתיבת תיעוד פסיכו-סוציאלי-דידקטי אשר יבטא את גוף הידע של העבודה הסוציאלית.

בתהליך מקביל, הצורך בשיפור התיעוד של תוכני הטיפול על-ידי העו"ס ברשומה הרפואית הממוחשבת העסיק את מנהלות השירותים לעבודה סוציאלית בשירותי בריאות כללית. אלא שהוא היה ברור פחות לעו"ס עצמם, אשר כל אחד מהם כבר סיגל לעצמו מבנה ושיטה משלו לתיעוד עבודתו ברשומה הממוחשבת, בהתאם לצרכיו ולמאפייניו המקצועיים. התיעוד הפסיכו-סוציאלי שימש בעיקר את העו"ס עצמם להמשכיות הטיפול שלהם במטופל. הממשק עם סקטורים אחרים באמצעות התיעוד העסיק אותם פחות.

רשומה יעילה העומדת בסטנדרט מקצועי, משקפת את השלבים של תהליך קבלת ההחלטות של המטפל ושל המטופל. תיעוד מסודר של ציפיות המטפל והמטופל ברשומה הרפואית הממוחשבת משמש, בין היתר, הגנה טובה נגד טענות לרשלנות רפואית. תשובות העו"ס לפניית של עמיתים מסקטורים שונים - שביקשו הבהרות בקשר להמלצות העו"ס להמשך התערבות הצוות בעקבות המפגש הטיפולי שלהם עם מטופלים - לא נכללו בתיעוד שלהם ברשומה הרפואית הממוחשבת, ובהעדרן התקשו צוותי הרפואה ומקצועות הבריאות לשמר את רצף הטיפול וליישם את ההמלצות.

אומנם התיעוד עמד בדרישות של נוהלי משרד הבריאות לתיעוד רשומה (ברוך, 2002) מבחינת תכולת הדיווח המקצועי, אך ארגונו לקה בחסר והקשה על עמיתי העו"ס את איתור המידע הנחוץ להם. התיעוד היה מגוון ואישי, חסר אחידות, ולא נסמך על שיטה או על קווים מנחים מוגדרים. במילים אחרות, לעבודה הסוציאלית בשירותי בריאות כללית לא היה מודל תיעוד שעל-פיו היו אמורים העו"ס לתעד את עבודתם, והעדרו השפיע לרעה על ממשקי העבודה הן עם צוותי רפואה בתוך מערכת הבריאות והן עם גורמים אחרים, כגון שירותי הרווחה ובתי המשפט. חשוב לציין בהקשר זה כי התיק הממוחשב בקהילה (באמצעות תוכנת קליקס) הוא תיק אחיד לכל מקצועות הבריאות, והוא אינו מותאם במלואו לצורכי התיעוד בעבודה הסוציאלית. כמו כן מצאנו כי גם הרשומות הרפואיות הממוחשבות בבתי החולים (באמצעות תוכנת קמיליון), אשר הותאמו לכאורה לעבודה הסוציאלית, זקוקות לשינויים ולהתאמות כדי שישקפו כראוי את המפגש הטיפולי עם העו"ס, את ההערכה הפסיכו-סוציאלית ואת מטרות הטיפול ותוכנית הטיפול.

בניסיונונו לספק הן את צורכיהם של העו"ס והן את צורכי המערכת בנושא זה, בחרנו לבחון את התאמתו של מודל התיעוד הרפואי SOAP, פרי פיתוחו של ויד (Weed, 1968/1999), לתיעוד העבודה

3 בשירותי בריאות כללית שגור המונח "עבודה סוציאלית-רפואית".

הסוציאלית. במודל SOAP התיעוד נחלק לארבעה סעיפים מובנים ומובחנים: **סובייקטיבי** (סיפור המטופל); **אובייקטיבי** (הבעיות מנקודת מבטו של הרופא); **הערכה** (הסברים, סיכום הבעיות וההשפעה של הטיפול); **ותוכנית טיפול** (ראה להלן פירוט הסעיפים בתת הפרק "פיתוח מודל ISOAPS"). מסגרת תיעוד זו מאפשרת להציג באופן מאורגן הערכה מקצועית, בעיות ותוכניות טיפול, ובכך היא מסייעת למטפל לעקוב אחר התקדמות המטופל.

כינסנו צוות חשיבה בהשתתפותם של מנהלות שירותים לעבודה סוציאלית ממחוזות ומבתי חולים של שירותי בריאות כללית, מנהל המחלקה לרפואה דחופה לילדים בבית החולים קפלן ועו"ס שניהלה בעבר את המחלקה לעבודה סוציאלית ברפואה כללית במשרד הבריאות. הצוות נפגש שש פעמים במהלך כחצי שנה, כדי לבחון את מודל SOAP ואת התאמתו לתיעוד מפגשים שונים של עבודה סוציאלית.

עבודת הצוות הניבה שתי התאמות לעבודה סוציאלית, המגבירות את אפקטיביות התקשורת עם אנשי הצוות הרפואי, ומשפרות את שמירת הרצף הטיפולי בעבודה סוציאלית, ואלו באו לידי ביטוי בשני סעיפים נוספים: **מבוא** (Introduction), שמיועד לתיעוד המתאר את המערך (setting) הטיפולי, את הסיבה שהביאה את המטופל אל העו"ס ואת מקור ההפניה; **וסיכום** (summary), שבו מתועדת תמצית המפגש בשורות אחדות. הסיכום הכרחי כיוון שהתיעוד כמכלול עשוי להיות ארוך למדי, ובעידן של קיצור מסרים ועבודה בלחץ של זמן חשוב שלאנשי הצוות האחרים תהיה אפשרות להתעדכן במהירות בעיקרי הדברים ולחזור במידת הצורך אל הדוח המלא. כך נוצר, בעקבות עבודת הצוות, מודל הכתיבה לעבודה סוציאלית ISOAPS.

החידוש המוצג במאמר זה הוא שלראשונה נבנה אב-טיפוס לכתיבת דוח שמכתיב לעו"ס את נקודות ההתייחסות החשובות בתיעוד תהליך הטיפול ברצף הגיוני, ושמאפשר לקורא הדוח לקבל תמונה מדויקת של התהליך הטיפולי.

השלב הבא בתהליך העבודה היה בחינת הצורך בהטמעת המודל בקרב כל העו"ס בשירות לעבודה סוציאלית בשירותי בריאות כללית. לשם הגדרת הצורך בחנו את התיעוד שנערך לפני הטמעת המודל משלוש נקודות מבט: של צוותים רפואיים; של עו"ס בכירות מומחיות בבריאות; ושל עו"ס מטפלים בפועל. המשתתפים בשלב זה של המחקר התבקשו לנתח מדגם של רשומות על-פי קריטריונים שהוצגו להם. בחינת הניתוחים שלהם העלתה כי הטמעת המודל החדש נחוצה מאוד.

בשלב הבא, על-מנת לאמוד באופן אינטגרטיבי את תהליך הטמעת המודל ואת איכות השינוי בכתיבה המקצועית, ביצענו מחקר במתודולוגיה משולבת, איכותנית וכמותית (mixed methods research). הזמנו 627 עו"ס בקהילה ובבתי החולים של שירותי בריאות כללית לענות על שאלונים שנשלחו בפלטפורמה דיגיטלית לפני תהליך ההטמעה ואחריו. בתום תהליך ההטמעה נערכו ראיונות אישיים מובנים-למחצה עם 17 עו"ס, כדי להבין נרטיבים משמעותיים, וכדי לקבל מהם הערכה של תהליך ההטמעה של המודל ושל השינוי שחל בעקבותיו. מניתוח השאלונים שנשלחו לפני תחילת התהליך ניתן היה ללמוד שכל עו"ס סיגל לעצמו דפוסי כתיבה ייחודיים לו, ולא היה סטנדרט כתיבה אחיד.

כתיבה מקצועית בעבודה סוציאלית: אתגרים והזדמנויות

העבודה הסוציאלית ממלאת תפקיד חשוב במערכות הבריאות במדינות רבות (Auerbach & Mason, 2010; McLaughlin, 2016). עו"ס מסייעים למטופלים ולמשפחותיהם בהתמודדות עם היבטים פסיכו-סוציאליים, רגשיים וכלכליים של המחלה, והם שותפים לתהליך הטיפול הכוללני במטופל (Fugl-Meyer, 2008; Kitchen & Brook, 2005; Schulz & Sherwood, 2008). אחד התפקידים של העו"ס במערכת הבריאות הוא להבטיח שהמטופל ובני משפחתו יהיו שותפים לטיפול הרפואי ולתהליכי קבלת ההחלטות, ולשם כך עליהם להיות מיומנים ביישום של ידע טיפולי ושל ערכים אתיים, וכן להיות מעורים בעבודת הצוות הסייעודי והרפואי (Dieng et al., 2016; Cowles, 2012). פעמים רבות תפקידם של העו"ס הוא לגשר בין השותפים בטיפול במערכת הבריאות, למשל בין מטופלים לבין צוותים סיעודיים ורפואיים או בין בית החולים לקהילה (Rachman et al., 1995). התערבויות אלו נערכות עם יחידים, עם משפחות, עם קבוצות ועם אוכלוסיות פגיעות. עם המטופלים שלהם נמנים חולים במחלות כרוניות, אקוטיות או סופניות (Dieng et al., 2016). ההתערבויות יכולות להתרחש במגוון מקומות, כגון המשרד של העו"ס, חדר המיון בבית החולים, לצד מיטת החולה המאושפז או אף בביתו של המטופל (Payne, 2014; Healy, 2014). לאחר התערבויות כאלה נדרש מן העו"ס לתעד באופן ברור ומקיף את המידע שנאסף מן המטופל ומבני משפחתו. התיעוד צריך להיות נרחב, ולהציג בשפה ברורה ותמציתית את המידע שנאסף, את ההערכות, את ההמלצות ואת ההתערבויות שנעשו ושעוד מתוכננות. כמו כן, על העו"ס לכתוב את ההערכה הפסיכו-סוציאלית בדרך שתאפשר לכלל השותפים בצוות הרב-מקצועי להבין את המידע ולשלב אותו בהערכות ובתוכניות הטיפול שלהם.

התיעוד ברשומה הרפואית והפסיכו-סוציאלית נדרש על-פי הנחיות נוהלי משרד הבריאות, המגדירות באופן כללי את חובת הרישום בגיליון החולה, את עיתוי הרישום ואת תכנון, אך אינן מספקות מודל מכוון אחיד, ואין בהן התאמה לרשומת מקצועות הרפואה והבריאות (ברוך, 2002). בעשורים האחרונים יוחדה מחשבה לתפקיד התיעוד בעבודה הסוציאלית, בעיקר לנוכח השפעות השינויים הטכנולוגיים (Reamer, 2013). הפיתוח הטכנולוגי, הכולל גיליונות אלקטרוניים ותיק מטופל אלקטרוני (electronic medical records), הפך את התיעוד לחלק חיוני בעבודה היום-יומית של מקצוע העבודה הסוציאלית (Reamer, 2005, 2013, 2015; Staniforth & Larkin, 2006). בעבר היו הרופאים והאחיות אחראים על התיעוד בתיקים הרפואיים. התיעוד כלל את מהלך המחלה, את ההערכה ואת הטיפול של כל מטופל. כיום ישנה מגמה רב-מקצועית, כלומר הערכה וטיפול הוליסטי של צוותים רב-מקצועיים, שנוסף על הצוות הרפואי נמנים עימם אנשי מקצוע מתחומים כגון עבודה סוציאלית, פסיכולוגיה, פיזיותרפיה, תזונה, ריפוי בעיסוק, קלינאות תקשורת ורוקחות. ההרכב הייחודי של המקצועות המטפלים בצוות מותאם לצרכיו של המטופל ומאפשר להתאים לו טיפול מיטבי. השיח הרב-מקצועי מוסיף רבדים שונים של ידע במגוון שפות מקצועיות. העבודה המשותפת מחדדת את הצורך במסגרת תיעוד משותפת שמאפשרת תקשורת אפקטיבית ונהירה בין המטפלים השונים.

בעידן הרישום האלקטרוני מערכת התיעוד חייבת להיות נגישה ולשמש את כלל חברי הצוות, והשימוש של כל אנשי מקצועות הבריאות, לרבות העו"ס, ברשומות רפואיות אלקטרוניות תורם לשיפור ההחלטות הרפואיות ולשיפור תוצאות הטיפול (Blumenthal & Tavener, 2010). רשומות אלקטרוניות מספקות אמצעי למדידת ביצועים ותוצאות, והן נדרשות להיות מלאות ומהימנות (O'Donnell et al., 2018), שאם לא כן, הן עלולות להביא לידי תכנון לקוי ולידי טעויות בשיקול הדעת בהתערבויות,

ובעקבות זאת לתוצאות טיפול לא מיטביות. התיעוד משמש את אנשי המקצוע כדי לתכנן ולספק טיפול איכותי, והעו"ס צריכים לשתף מידע עם אנשי מקצוע מתחומים אחרים כגון רפואה, סיעוד או הוראה (Kessel & Combs, 2016). יתרה מזו, תיעוד שיטתי משמש כלי עזר בהגנה משפטית, ומסייע לעו"ס בניהול הסיכונים בעבודתם (Reamer, 2013). יש כיום דרישה תמידית למתן דין וחשבון, והתיעוד והקידוד הדיגיטלי נהיו צורך חיוני של כל השירותים לעבודה סוציאלית (Fang et al., 2014). לאור כל האמור לעיל, ברור שלמערכת תיעוד כזו נדרש כלי מוכר ומוכח, שצוותים רפואיים מיישמים אותו ביעילות לאורך זמן (Pearce et al., 2016; Peterson et al., 2018).

פיתוח מודל ISOAPS

הנחת המוצא לפיתוח מודל ISOAPS היא שמצד אחד העבודה הסוציאלית קשורה קשר הדוק לשאר מקצועות הבריאות, אך מצד שני יש לה שפה מקצועית ייחודית משלה. העבודה בצוותים רב-מקצועיים מחייבת את העו"ס להבין את השפה שבה משתמשים שותפיהם מהמקצועות האחרים, ומחייבת אותם גם להנגיש לאותם שותפים את תוצרי הטיפול שלהם בשפה שתאפשר להם להבין וליישם את ההמלצות להתערבות שנרשמו בתיעוד העבודה הסוציאלית. כאמור, מצאנו שמודל SOAP, (Weed, 1968/1999), הנפוץ במערכת הבריאות עשוי להתאים. מודל זה פותח בארצות הברית כדי להסדיר את רישום המידע ברשומות רפואיות, על סמך ההנחה ששיטה לוגית וסדר מובנה יאפשרו לרופאים לאבחן טוב יותר, ולגבש תוכנית טיפולית שמתאימה לצורכי המטופל (Aronson, 2019). הרכיבים העיקריים של מודל SOAP מבוססים על מודל POMR (Problem Oriented Medical Record), שבו משתמשים בנתונים שנאספו לניסוח רשימה של בעיות, ובונים תוכנית טיפולית המותאמת לבעיות אלו. על-פי מודל SOAP יוצרים תיעוד המשכי של הטיפול בחולה באמצעות הרישומים בארבעת הסעיפים:

S – תיאור סובייקטיבי: הצגת הבעיות מנקודת המבט של המטופל ושל בני המשפחה הרלוונטיים;

O – תיאור אובייקטיבי: תצפיות קליניות של הרופא, מידע רפואי וכל מידע אובייקטיבי על מצבו של המטופל (תוצאות של בדיקות דם, בדיקות דימות וכדומה);

A – הערכה: שילוב הנתונים הסובייקטיביים והאובייקטיביים ותיעוד הפרשנות של איש המקצוע על המידע שנאסף (הסברים והבנת הרופא את הבעיה, לרבות תגובת המטופל לטיפול, שינוי בסטטוס של המטופל, הסבר הצידוק הרפואי לטיפול, סיכום של מגבלות גופניות ונכויות וההשפעה של הטיפול עליהן);

P – תוכנית: תיאור התוכנית הטיפולית המוצעת.

ההתמקדות והיקף הרישום בכל סעיף משתנים בהתאם לצרכים הייחודיים של המטופל ולמומחיות הייחודית של כל איש מקצוע. מודל SOAP נוסח מתוך ההבנה שחיוני לחנך את אנשי מקצועות הבריאות לחשוב ולתקשר על-פי רשומות מאורגנות שמתעדות את התקדמות המטופל. הצורך לארגן "גורמים מרובים ואינטראקטיביים בתוך הקשר" נתמך על-ידי האסטרטגיה הארגונית של ויד (Weed, 1968/1999). יש לזכור כי מודל SOAP נוצר כאשר ברוב מוסדות הבריאות האמריקניים הורשו רק רופאים לכתוב בתיקים הרפואיים. אלא שמאז אימצו את SOAP מקצועות בריאות נוספים, כגון תזונה ורוקחות. יתרונו של מודל SOAP טמון בפשטותו ובהיגיון התהליכי שבו. הוא שגור בלימודי הרפואה בישראל ובעולם, השימוש בו מקובל במגוון רחב של מקצועות בתחום הבריאות: רפואה וסיעוד, דיאטנות קלינית,

כירופרקטיקה, ריפוי בעיסוק ועוד (Grace-Farfaglia & Rosow, 1995; Sleszynski et al., 1999). והוא שגור בכתיבה הרפואית בתיק הממוחשב בשירותי בריאות כללית (רוקמן-רומונו ואח', 2020; Boulet et al., 2004). עם התרחבות השימוש במודל SOAP במערכות בריאות עמדו אנשי מקצוע מתחומים רפואיים נוספים על תרומתו לקידום התקשורת בין אנשי המקצוע ולשיפור איכות הטיפול והמשכיותו (Burger et al., 1995). לפיכך החלו להשתמש ב-SOAP לא רק לתיעוד, אלא גם לתקשורת בין-מקצועית וככלי עזר להיזכרות בפרטי התיק הרפואי של כל מטופל (Aronson, 2019; Reznich et al., 2010; VisualDx, 2012).

המודל החדש

מודל ISOAPS שאנחנו מציגים כאן הוא פרי התאמה של מודל SOAP לתיעוד של תחום העבודה הסוציאלית. לשם כך הוספנו לו שני סעיפים: הקדמה (Introduction) וסיכום קצר (Summary) (ראו נספח 1).

! :הקדמה (Introduction)

ההקדמה מציגה בקצרה את המטופל, את הרקע האישי והמשפחתי שלו ואת הבעיה הרפואית שבגינה הוא מקבל טיפול רפואי. בסעיף זה מתועד המערך (setting) הטיפולי: הזמן והמקום שבו נערכה הפגישה הטיפולית, פרטי המשתתפים (החולה, בני משפחה, מטפלים עיקריים וכולי), סיבת הפנייה לעו"ס והגורם המפנה (פנייה עצמית או של גורם מקצועי: רפואי, סיעודי או אחר). בתחילתה של כל התערבות טיפולית נדרש מן העו"ס להתמקד בהקדמה גם בשאלות האלה: הסיבה לבקשת ייעוץ של עו"ס; השאלות שהפנה הצוות הרפואי; והתרומה האפשרית של העו"ס להערכה הפסיכו-סוציאלית. הסעיף האחרון בהקדמה הוא התלונה הרפואית העיקרית או הסיבה העיקרית לקבלת המטופל למוסד הרפואי, פרט שנחוץ לצורך הכנסת הריאיון או ההתערבות הטיפולית לתוך ההקשר הרפואי שלו.

S :סובייקטיבי (Subjective)

הסעיף הסובייקטיבי כולל את המידע שהמטופל ובני משפחתו מוסרים למטפלים מנקודת מבטם. המידע שהם מוסרים לעו"ס הוא למעשה הסיפור שהם מספרים על עצמם. סעיף זה בתיעוד של העו"ס עשוי לכלול לעיתים משפטים שצוטטו מפי המטופל או קרוב המשפחה במילים שלהם. הסעיף הסובייקטיבי כולל מידע על התלונה העיקרית של המטופל או הסיבה להגעתו לטיפול, והוא ייפתח בדרך כלל בתיאור הקושי הנוכחי או תלונות המטופל. כמו כן מתועדים בסעיף זה הסיבה להתייעצות עם עו"ס כפי שהמטופל רואה אותה; ההיסטוריה הרפואית; מצב משפחתי; מצב תעסוקתי; השכלה; גורמי תמיכה; ותיאור סביבת המטופל. בסעיף זה מפורטות גם הבעיות שהביאו את המטופל לקבלת הטיפול והשפעותיהן על חיי היום-יום שלו כפי שהוא מתאר אותן באופן סובייקטיבי. סעיף זה מאפשר לעו"ס לסכם את נקודת המבט של המטופל, ומאפשר לקורא המקצועי להבין טוב יותר את סיפורו של המטופל.

חשוב להדגיש כי התוכן בסעיף זה מתעד את דברי המטופל, והחלק של העו"ס מסתכם בהצגת דבריו: החולה מתאר, אומר, טוען, מתלונן וכיוצא בזה. אנחנו ממליצים להשתמש, לדוגמה, בביטויים כאלה:

- לדברי המטופל, היא סובלת ממחלת קרוהן, ולכן היא מתקשה למצוא עבודה מתאימה.
- אימו של המטופל מתאר קשיים בהיצמדות לדיאטה שהומלצה.
- המטפל העיקרי מציין שהחולה אינו מסוגל ללכת או לעלות במדרגות.
- החולה מרגישה שהיא לא חלק מתהליך קבלת ההחלטות הרפואי.

O: אובייקטיבי (Objective & Observation)

סעיף זה כולל את התיעוד הרפואי ואת ממצאי הבדיקות, כגון הבדיקה הגופנית, בדיקות דימות, בדיקות מעבדה וכן תיעוד התייעצויות עם אנשי מקצוע נוספים. במודל הכתיבה לעבודה הסוציאלית מצאנו לנכון להוסיף לסעיף האובייקטיבי גם התרשמות אובייקטיבית מתצפיות ישירות.

הסעיף האובייקטיבי, השאול מהמודל הרפואי, יכלול את המידע האובייקטיבי על המטופל. שלא כמו בדיקה קלינית ובדיקות מעבדה ודימות, במודל הפסיכו-סוציאלי יכלול הסעיף האובייקטיבי נתונים מדידים שהתקבלו משאלונים או ממידע שהתקבל מאנשי צוות אחרים, מסוכנויות אחרות כדוגמת עו"ס לסדרי דין ולחוק הנוער, עו"ס בשירותי הסיעוד במוסד לביטוח לאומי, וגורמים נוספים שמלווים את המטופל (הרופא המטפל, בית המשפט, בית הספר ועוד). לעיתים עשוי סעיף זה לכלול מידע מרישומים של אנשי צוות רפואי שתיעדו את התצפיות הישירות שלהם בחולה או בבני משפחתו – למשל, תקיפה פיזית או מילולית של ילד במהלך אשפוזו בבית החולים שנצפתה ותועדה או ביקורים קודמים בבית החולים. סעיף זה מקביל לסעיף שבו הרופא מתעד את ממצאיו בהתאם למודל הרפואי SOAP.

תוספת ההתרשמות האובייקטיבית שאנחנו מציעים להוסיף לסעיף זה כוללת מידע מתצפיות ישירות של העו"ס (המראיין) במהלך הפגישה עם המטופל. סעיף זה יכלול "תמונה" אובייקטיבית של הריאיון ("כאן ועכשיו", בדומה לסטטוס קליני בבריאות הנפש), כלומר תיאורים כגון "יושב כפוף בכיסא", "מדבר בקול חלש", "לובש בגדים הגדולים ממידתו", "אינו יוצר קשר עין", "מבגדיו עולה ריח של שתן" וכדומה. בסעיף זה חשוב מאוד להימנע מפרשנות, ולכן לא יירשמו בו הערות כגון "נראה מוזנח", אלא יתואר באופן מדויק מה שנחווה בחושים ("מבגדיו עולה ריח של שתן"). נדיש שסעיף זה של המודל עשוי להיות קשה במיוחד, כיוון שבעבודה הסוציאלית קשה לפעמים להבחין באופן חד וחלק בין תוכן סובייקטיבי לאובייקטיבי.

A: הערכה (Assessment)

ההערכה מנוסחת לאחר אינטגרציה של כל המידע שנאסף, והיא משמשת בסיס להתוויית תוכנית הטיפול. במודל הרפואי SOAP, ההערכה שמה דגש על ממצאים פתולוגיים, ואילו מודל ISOAPS נותן ביטוי גם לכוחות ולמשאבים, התייחסות רחבה שמאפיינת את העבודה הסוציאלית. במודל ISOAPS יבטא סעיף ההערכה את שיקול הדעת המקצועי של העו"ס, את הפרשנות שלו למידע שתועד בשני הסעיפים הקודמים ואת המסקנות ממנו. לפיכך אין להציג בסעיף זה מידע חדש.

התיעוד בהתאם למודל ISOAPS ממוקד-בעיה, ועל כן ההערכה על-פי מודל זה תהיה מורכבת משלושת הסעיפים האלה: רשימת הבעיות; המשאבים שעומדים לרשות המטופל, והגורמים שמגבילים אותו; דיון. רשימת הבעיות היא רשימה קצרה של כל הבעיות העולות מתוך המידע שנאסף בסעיף האובייקטיבי ובסעיף הסובייקטיבי. המשאבים והגורמים המגבילים והדיון בבעיות יכללו תיאור של הקשר ביניהם.

כשם שבסעיף ההערכה שכותב רופא בהתאם למודל SOAP נכללים האבחנה והרציונל שהולך אליה ודיון באבחנה המבדלת, שמאפשרים לקורא לעקוב אחר הלך המחשבה של הרופא ואחר תהליך קבלת ההחלטות שלו, סעיף ההערכה של העו"ס במודל ISOAPS אמור להציג לקורא את תפיסת העולם המקצועית שלו ואת התהליך שבעקבותיו גיבש את ההערכה, להבהיר לקורא את הבעיות ואת הקשרים ביניהן, ומתוך כך להבין את חוות הדעת של העו"ס ואת התוכנית הטיפולית המוצעת.

P: תוכנית (Plan)

התוכנית מפרטת את הפעולות הטיפוליות שנעשו במהלך המפגש הטיפולי עצמו, ומונה את המלצות העו"ס לאנשי צוות אחרים שמטפלים במטופל, ואת הפעולות שנחוצות לדעתה להמשך הטיפול – בין פעולות שעליה לעשות בעצמה ובין פעולות שצריכים לעשות אנשי הצוות הרפואי, בני משפחתו של המטופל והמטופל עצמו. התוכנית הטיפולית יכולה להתמקד לדוגמה בהמשך הערכה או ייעוץ, בטיפול מומלץ, בחינוך המטופל (psychoeducation), במתן מידע ובתוכנית מעקב. היא עשויה לכלול גם המלצה לשיתוף פעולה עם מוסדות או עם שירותים בקהילה (שירותי בריאות ורווחה בקהילה, משטרה, ארגוני סיוע וכו').

S: סיכום (Summary)

הסעיף האחרון הוא סיכום תמציתי הכולל משפטים אחדים המתארים בדיוקנות את הנקודות המרכזיות של התהליך כולו. מצאנו שרופאים, אחיות ואנשי מקצוע אחרים בדרך כלל קוראים תחילה את הסיכום, ולכן חשוב שהוא יכתב באופן נהיר, ויכלול תיאור קצר של בעיותיו של המטופל, תמצית ההתערבות שבוצעה או תבוצע והמלצות. לאחר קריאת הסיכום הקורא עשוי לבחור לקרוא את הסיפור ה"שלם" ברשומה הרפואית המלאה.

תהליך הטמעת המודל

ההטמעה של מודל הכתיבה החדש החלה בקרב עו"ס השירות לעבודה סוציאלית של שירותי בריאות כללית בשנת 2018. זה היה מבצע מאתגר: השירות פרוס על פני כל הארץ ב-14 בתי חולים ובמאות מרפאות שנמצאות בשמונה מחוזות של שירותי בריאות כללית, והיה עלינו להגיע אל כ-657 העו"ס (כמספרם אז). מטרתנו הייתה שבתום התהליך ישמש המודל החדש את רובם – צעירים וְתיקים, עו"ס בבתי החולים ועו"ס בקהילה – לכולם יש מודלים שונים משלהם, שפיתחו על-פי-רוב בעצמם לאורך שנות עבודתם. הפרישה הרחבה וההטרוגניות של העו"ס חייבו תהליך הטמעה שיטתי ומבוקר.

בחרנו יועץ ארגוני בעל רקע וניסיון בתהליכי הטמעה של מודלים חדשים. חילקנו את השירות לעבודה סוציאלית של שירותי בריאות כללית לחמש קבוצות בחלוקה גאוגרפית. מכל קבוצה בחרנו 20 עו"ס בכירות שישמשו "מטמיעות", כלומר ילמדו את המודל החדש וילמדו את שאר הקבוצה.

בהתאם לתהליך מודלרי שבנינו, השתתפו 20 המטמיעות בארבעה מפגשי הכשרה של חמש שעות כל אחד. את הידע שרכשו במפגש העבירו המטמיעות לקבוצות שלהן. את המחשבות, השאלות וההערות שצברו במפגשיהן עם הקבוצות הן הביאו איתן למפגש ההכשרה הבא, ובמפגש שאחריו דנו גם בהן, וחוזר חלילה. ההכשרה של כל קבוצה נמשכה בסך הכול חודשיים, שבמהלכם המטמיעות נפגשו לסירוגין עם היועץ הארגוני ועם המנהלת הארצית של השירות לעבודה סוציאלית ועם העו"ס שאותן לימדו את המודל. תהליך ההטמעה בכל מוסדות שירותי בריאות כללית ארך חצי שנה.

לאחר השנה הראשונה, שבה עסקנו בהקניית מיומנויות הכתיבה על-פי המודל, התכתבנו בדואר אלקטרוני עם הצוותים, והמשכנו להשיב לשאלות שקיבלנו מהם ולתת פתרונות לבעיות שהתעוררו. בתוך כך בנינו כלי לבקרת הרשומה הרפואית ולבדיקת הכתיבה על-פי רכיבי המודל, ושיתפנו בתהליך האוריינטציה עו"ס חדשים וסטודנטים.

המחקר

מטרות המחקר

השלב הראשון של המחקר נועד לבחון את איכות הכתיבה של העו"ס במערכת הבריאות לפני הטמעת המודל ואת מידת התאמתה לצרכים של צוותי הרפואה, הסיעוד ושאר מקצועות הבריאות.

מטרת השלב השני של המחקר הייתה לבדוק באיזו מידה הצלחנו להטמיע את המודל ואת השפעתו על רמת המקצועיות של העו"ס, ולברר את דעתם על המודל - איכותו, יתרונותיו, חסרונותיו והצורך בהתאמות נוספות לשיפורו.

השערות המחקר

- א. איכות התיעוד של העו"ס לפני השימוש במודל אינה מספקת, אין סטנדרט כתיבה אחיד, וישנה שונות רבה באופן התיעוד.
- ב. רוב העו"ס יכירו את המודל בעקבות הטמעתו וישתמשו בו.
- ג. השימוש במודל החדש ישפיע על אופן התיעוד של העו"ס, ויתרום למקצועיות שלהם.
- ד. כתיבה על-פי מודל אחיד ומקצועי תשפר את התקשורת הכתובה בין העו"ס ובין צוותי הרפואה, הסיעוד ושאר מקצועות הבריאות, ואלה יוכלו ללמוד ביתר קלות על התהליך הטיפולי של העו"ס מקריאת התיעוד הרפואי.

השיטה

שלב ראשון

לצורך הערכת איכות התיעוד של העו"ס לפני הטמעת המודל החדש ערכנו סקר מקדים כמפורט להלן.

א. שלחנו שאלון לרופאים ולאחיות שנבחרו באקראי מן הצוותים בבתי החולים (לא ניתן אישור להעביר את השאלון לצוותים בקהילה). על השאלון השיבו 124 רופאים ואחיות (48% רופאים, 52% אחיות) והתייחסו לאיכות התיעוד של העו"ס.

ב. שלחנו שאלון ל-657 העו"ס בשירותי בריאות כללית וביקשנו מהם להעריך את טיב התיעוד הפסיכו-סוציאלי ולדרג את התיעוד שלהם על-פי פרמטרים שונים ובהתייחס למבנה ולתוכן. במסגרת הדיונים של הצוות המוביל את השינוי ברשומות העבודה הסוציאלית גובשה רשימת פרמטרים האמורים להופיע ברשומת intake (תחילת טיפול). הצוות המוביל הורכב ממנהלת השירות לעבודה סוציאלית בשירותי בריאות כללית; מנהלות שירותים לעבודה סוציאלית ממחוזות ומבתי חולים של שירותי בריאות כללית; מנהל המחלקה לרפואה דחופה לילדים בבית החולים קפלן, האמון על מודל כתיבה רפואית; עו"ס שניהלה בעבר את המחלקה לעבודה סוציאלית ברפואה כללית במשרד הבריאות; וחוקרת בכירה בפקולטה לעבודה סוציאלית במכללה האקדמית אשקלון, המתמחה בעבודה סוציאלית במערכת הבריאות, ועוסקת הן

במחקר אקדמי הן בפרקטיקה בשירותי בריאות כללית. לשאלון השיבו 367 עו"ס שהם 56% מהעו"ס בשירותי בריאות כללית. 42% מהעו"ס שהשיבו על השאלון הם עו"ס בבתי החולים, 54% מהם הם עו"ס בקהילה, ו-4% לא ציינו את מקום עבודתם.

ג. העובדת הסוציאלית הארצית של שירותי בריאות כללית שלחה לרשימה אקראית של עו"ס בקשה לשלוח דוגמאות של רשומות שערכו. לאחר מחיקת הפרטים המזהים של המטופלים ושל העו"ס, נמסרו הרשומות לצוות מומחיות (מנהלות השירותים לעבודה סוציאלית שנמנו עם הצוות שבנה את המודל), והן התבקשו להעריך את הרשומות על-פי סולם הערכה אחיד שבנה על בסיס רכיבי מודל ISOAPS. לגבי כל רכיב במודל התבקשו המנהלות לציין בסולם ליקרט עד כמה הוא נוכח ברשומה שבדקו. נבדקו 29 רשומות של פגישת קבלה (intake) ו-23 רשומות של אמצע טיפול. בשל הקושי לקבל רשומות סיום טיפול לא נבדקו רשומות כאלה. כלל הנתונים במחקר נותחו באמצעות אנליזות סטטיסטיות המקובלות במחלקת מחקר והערכה של שירותי בריאות כללית. ניתוח הנתונים בוצע באמצעות סטטיסטיקה תיאורית, נוסף על כך, נבחנו הבדלים בין הקבוצות לבין השלבים השונים של המחקר באמצעות מבחן t-test למדגמים בלתי תלויים. מהשוואת הממצאים שהתקבלו לפני הטמעת המודל ולאחריו ניתן ללמוד על מובהקות הנתונים שמוצגים להלן.

שלב שני

בשלב השני של המחקר הטמענו את המודל כפי שתואר לעיל.

שלב שלישי

בשלב השלישי פנינו לאמוד באופן אינטגרטיבי את יעילות המודל ואת והתאמתו לצורכי העו"ס בשירותי בריאות כללית. לשם כך השתמשנו במתודולוגיית מחקר משולבת, איכותנית וכמותית (mixed methods research):

א. שאלון כמותי (שאלון אחרי ההטמעה)

פנינו אל 676 עו"ס בשירותי בריאות כללית וביקשנו מהם לדרג את התיעוד שלהם בהתייחס למבנה ולתוכן. לשאלון השיבו 369 מהם (55% היענות). התשובות הושו לתשובות שניתנו לפני ההטמעה.

ב. ריאיון איכותני

בתום הטמעת המודל ראינו בראיונות עומק מובנים-למחצה 17 עו"ס שעברו את תהליך ההטמעה בנושא השימוש במודל ISOAPS. כל ריאיון ארך עד שעה. בהסכמת כל המשתתפים הקלטנו את הראיונות, ולאחר מכן תמללנו אותם. ניתוח התוכן נעשה מתוך הטקסט המתומלל של כל אחד מהראיונות. לצורך השמירה על פרטיותם קיבל כל אחד מהמראיינים שם בדוי. המראיינים נשאלו על תהליך הלמידה ועל איכות המודל, על יתרונותיו ועל חסרונותיו. כך לדוגמה נשאלו: "כשאת/ה חושבת/ת על מודל ISOAPS מה האסוציאציה שעולה לך?"; "מה הפקת מתהליך הלמידה?"; "מה בתהליך הלמידה היה משמעותי יותר בשבילך ומה פחות?"; "באיזה אופן השתנתה הכתיבה שלך בעקבות השימוש במודל ISOAPS?"; "מה היית משנה במודל או מוסיף/פה לו?"; "מהם לדעתך החסרונות של ISOAPS?"; "האם ISOAPS הוסיף למקצועיות שלך? ואם כן, כיצד?"; "האם ISOAPS השפיע על תהליך החשיבה שלך? ואם כן, כיצד?".

הראיונות נותחו ניתוח איכותני, שעשוי להאיר היבטים שונים של חוויות המרואיינים (Daphna- Tekoah & Harel-Shalev, 2014). על-מנת להכיר את עולם התוכן הפנימי של המרואיינים ואת משמעות הכתיבה המובנית בעבודה הסוציאלית, שמנו דגש על תוכן הסיפור ועל האופן שבו סופר (Brown & Gilligan, 1991), ולכן השתמשנו בניתוח נרטיבי (הראל-שלו ודפנה-תקוע, 2021).

המצאים

שלב ראשון: התיעוד הפסיכו-סוציאלי בתיק הרפואי לפני ההטמעה והערכת הצוותים הרפואיים והסיעודיים לפני ההטמעה

מאפייני המדגם של הסגל הרפואי והסיעודי בבתי החולים: 124 משיבים מתוך 4,000 מוזמנים (שיעור היענות 3%; טעות דגימה מרבית 8.7%), מהם 48% רופאים ו-52% אחיות. יש לציין כי הצוותים הרפואיים והסיעודיים העריכו את איכות הרשומה רק לפני ההטמעה, ולא לאחריה, בשל היענות המועטה שלהם לשאלון בשלב הראשון.

הצוותים הרפואיים והסיעודיים התבקשו לדרג את איכות הרשומה הפסיכו-סוציאלית של הרשומות של עו"ס שאותן קראו בשלושת החודשים האחרונים ודירגו אותן בסולם של 1-5 מכמה היבטים: המידה שבה הן מספקות תמונה ברורה על המטופל מבחינה פסיכו-סוציאלית; אם הן בנויות בצורה מאורגנת ומקצועית; אם הן מאפשרות איתור מידע רלוונטי בקלות; אם הן בעלות מבנה אחיד וקבוע; ואם הן סייעו בהתוויית תוכנית הטיפול.

רק 54% מצוותי הרפואה והסיעוד דירגו את רשומות העבודה הסוציאלית כתיעוד ברור ואחיד. בהתייחסויות הפתוחות דיווחו צוותי הרפואה והסיעוד כי יש צורך בתיעוד אחיד וסטנדרטי שיכלול נתונים אלה: פרטי הבעיה הנוכחית; רקע של המטופל; מקורות תמיכה; צורכי המטופל; הערכה והתרשמות של העו"ס והצעותיו לדרכי טיפול; גורמים מעורבים נוספים (רווחה, ביטוח לאומי, משטרה וכו'); סיכום קצר שמתייחס למצב החברתי של המטופל, תוכניות והמלצות.

הערכת המומחיות בעבודה סוציאלית בבריאות

המומחיות בעבודה סוציאלית התבקשו לדרג את מידת הבהירות והמקצועיות של התיעוד בסולם של 1-10, כש-1 פירושו "אין תיעוד כלל" ו-10 פירושו "תיעוד מלא ומקיף". איכות התיעוד של רשומות הקבלה לטיפול (intake) קיבלה את הציון 6.3, ואיכות התיעוד של פגישות ההמשך - את הציון 5.1. הציון הממוצע לתיעוד רשומות קבלה לפי 22 פרמטרים עמד על 4.8, והטווח היה 2.6-8.3. הציון הממוצע שניתן לפגישות ההמשך (7 פרמטרים) היה 5.1, בטווח של 2.7-8.4.

שלב שני: הערכת התיעוד הרפואי של העו"ס אחרי ההטמעה

מאפייני המדגם של העו"ס: השיבו על השאלון 367 מתוך 657 עו"ס שהוזמנו להשיב עליו (שיעור היענות 56%; טעות דגימה מרבית 3.4%). 54% מהמשיבים עובדים בקהילה, ו-42%-44% בבתי החולים. כמחצית מהמשיבים הם בעלי ותק מקצועי של יותר מ-16 שנים, ורק 8%-10% בעלי ותק של פחות משנתיים. כמעט כל המשיבים (99%) שמעו על מודל ISOAPS. 83% מהם ציינו כי הם משתמשים בו לכתיבת רשומות; שינוי זה היה מובהק סטטיסטית ($p < 0.001$) לעומת המצב טרום ההטמעה. שיעור המשתמשים במודל בקהילה (89%) גבוה יותר משיעורם בבתי החולים (78%).

לפי הדיווח של המשיבים, 59% מהם מקפידים לרשום תמיד את רשומות העבודה הסוציאלית; 61% מהם עושים זאת בכ-80% מהמקרים; 10% מהם רשמים את רשומות העבודה הסוציאלית ב-60% מהמקרים או אף פחות. אין הבדלים בין עו"ס בקהילה ובין אלה העובדים בבתי החולים. כשליש (34%) מהמשיבים ציינו כי הם כותבים את רשומת העבודה הסוציאלית בתוך כדי המפגש עם המטופל או מייד עם סיומו; כמחצית (48%) רשמים אותה כמה שעות לאחר המפגש (באותו יום); השאר (18%) רשמים אותה למוחרת היום ואף מאוחר יותר. מרבית המשיבים (72%) דיווחו כי הם כותבים את הרשומות במבנה אחיד וקבוע במידה רבה.

כמעט כל המשיבים (99%) שמעו על ISOAPS כמודל עיקרי לתיעוד מפגשי עו"ס-מטופל בשירותי בריאות כללית. 79% מהם ציינו כי הם יודעים ליישם את המודל בכתיבת רשומות העבודה הסוציאלית, אך רק כמחציתם (53%) ציינו כי הם משתמשים בו תמיד לתיעוד ברשומות שלהם. על כל פנים, מרביתם (74%) סברו כי הליך ההטמעה הכשיר אותם היטב לשימוש במודל.

68% מהמשיבים העובדים בבתי החולים ו-72% מהמשיבים העובדים בקהילה דיווחו שהתיעוד לאחר ההטמעה גוזל זמן רב. 41% מהמשיבים העובדים בבתי החולים ו-31% מהעובדים בקהילה ציינו שישנם סוגי טיפול שהמודל אינו מתאים להם (ראו לוח 1). 46% מהמשיבים דיווחו לפני ההטמעה כי הרשומה שלהם בנויה בצורה נכונה ומקצועית, ואילו לאחר ההטמעה דיווחו כך 61% מהמשיבים. 72% מהמשיבים דיווחו לפני ההטמעה כי הרשומה שלהם כתובה במבנה אחיד וקבוע, ואילו אחריה דיווחו כך 81% מהמשיבים (ראו תרשים 1, עמוד 246).

לוח 1: שיעור ההסכמה עם היגדים על מודל ISOAPS לאחר הטמעתו בקרב עו"ס בבתי חולים ובקהילה

שיעור המסכימים עם ההיגד	בית חולים n=161	קהילה n=191
אני יודע/ת ליישם את המודל בכתיבת רשומות עבודה סוציאלית	77%	81%
אני תמיד משתמש/ת במודל זה לצורך תיעוד המפגשים	47%	57%**
מודל ISOAPS נוח לשימוש בכתיבת הרשומות	39%	39%
מודל ISOAPS מעודד חשיבה על המקרה בזמן כתיבת הרשומה	76%	67%
רשומת עבודה סוציאלית שנכתבה לפי מודל ISOAPS מאפשרת הבנה טובה יותר של המקרה	60%	52%*
שימוש במודל ISOAPS לכתיבת רשומות עבודה סוציאלית גוזל יותר מדי זמן (לשלילה)	68%	72%
לא ניתן להשתמש במודל ISOAPS כי הוא אינו מתאים לחלק מהמקרים (לשלילה)	41%	31%*
ההכשרה שעברתי הציגה את המודל באופן המאפשר להשתמש בשיטה מייד לאחר ההכשרה	76%	75%

* $p < 0.05$, ** $p < 0.001$

הערכת הרשומות לפני ההטמעה ואחריה על-ידי עו"ס מומחיות

הרשומות הוערכו על-פי רשימת פרמטרים שצוות ההיגוי קבע כי חשוב שיופיעו ברשומת העבודה הסוציאלית.

מהשוואת הממצאים שהתקבלו לפני הטמעת מודל ISOAPS ולאחר מכן ניתן ללמוד על עלייה בהתייחסות לכמחצית (11 מתוך 22) מהפרמטרים. בכמה מהם מדובר בעלייה משמעותית מאוד: הגורם המפנה, סיבת ההפניה, תלונות המטופל, מקום המפגש, משתתפים במפגש, ציפיות המטופל, התייחסות לייפוי כוח, תיאור תפקוד, רשימת בעיות, תיאור המשאבים והגורמים המעכבים, תוכנית טיפול שמציינת מטרות ויעדים, הערכה מסכמת של המטופל. יש לציין כי בפרמטרים אלו ישנה עלייה מובהקת סטטיסטית (ראו לוח 2).

לוח 2: הערכת הרשומות על-ידי עו"ס מומחיות בבריאות

מה מהדברים הבאים כתבת ברשומות? (דיווח עו"ס)	לפני ההטמעה n=367	לאחר ההטמעה n=369
הגורם המפנה	56%	73%***
סיבת ההפניה לעו"ס	63%	73%***
תלונת המטופל	65%	71%**
מקום המפגש (משרד, מסדרון, ליד המיטה של המטופל וכדומה)	18%	41%***
משתתפים	72%	79%***
רקע ביו-פסיכו-סוציאלי (משפחתי, תפקודי, בריאותי, כלכלי, השכלה, תעסוקתי וכדומה)	73%	75%
אירועים משמעותיים בעבר ובהווה (אובדן, אלימות, משברים וכדומה)	47%	49%
כיצד התמודד עם אירועים אלו (משאבים, חוזקות וחולשות)	28%	26%
טיפולים בעבר ובהווה (נפשיים, תרופתיים, אשפוזים וכדומה)	37%	39%
ציפיות המטופל, הגורם המפנה ואחרים משמעותיים מהטיפול	29%	36%***
דיווחים ממערכות אחרות (רווחה, בריאות, בריאות הנפש, משטרה)	25%	27%
נבדק חשד לאלומות לסוגייה במשפחה (ילדים, נשים, זקנים)	22%	22%
מיצוי זכויות	39%	41%
נרשמה התייחסות לנושאי ייפוי כוח רפואי, אפטרופסות, הנחיות מקדימות, ייפוי כוח רפואי משולב (יש או אין)	13%	8%***

מה מהדברים הבאים כתבת ברשומות? (דיווח עו"ס)	לפני ההטמעה n=367	לאחר ההטמעה n=369
נרשם תיאור התפקוד (פיזי, קוגניטיבי, רגשי, התנהגותי, משפחתי, חברתי)	50%	56%*
רשימת הבעיות (על-פי ההתרשמות)	54%	62%***
תיאור המשאבים והגורמים המעכבים (אישיים, משפחתיים, קהילתיים)	31%	41%***
תיאור הדרכת המטופל והמשפחה	48%	47%
הנגשת זכויות	36%	37%
תוכנית טיפול הכוללת מטרות ויעדים, חוזה טיפולי, שיטת ההתערבות וכדומה	36%	49%***
הערכה מסכמת של המטופל	38%	54%***
סיכום קצר המכיל את עיקרי הפרטים הדמוגרפיים, סיבת הפנייה, ההערכה והתוכנית הטיפולית	52%	54%

הערה: נבחנו 22 פרמטרים; מצוין שיעור המשיבים בחיוב לשאלה אם כללו אותם ברשומות שכתבו.
* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

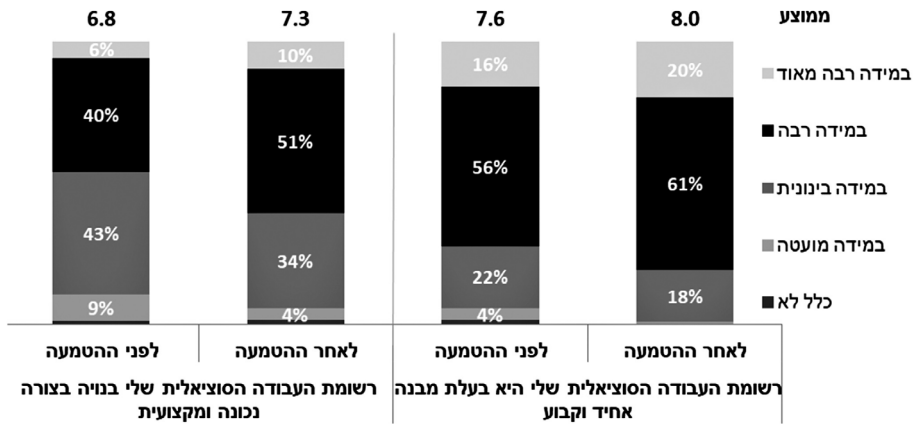
התייחסות העו"ס לשיטה

76% מהמשיבים העובדים בבתי החולים ו-67% מהמשיבים העובדים בקהילה ציינו כי מודל ISOAPS מעודד חשיבה על המקרה בזמן כתיבת הרשומה (ראו לוח 1); 55% מכלל המשיבים, ובאופן מובהק סטטיסטית יותר מאשר טרום ההטמעה ($p < 0.05$), הסכימו כי השיטה מאפשרת הבנה טובה יותר של המקרה (60% מהעובדים בבתי החולים ו-52% מהעובדים בקהילה). עם זאת, רק 39% סבורים כי המודל נוח לשימוש, ו-70% ציינו שהכתיבה בהתאם לו גוזלת זמן רב מדי (68% מהעובדים בבתי החולים ו-72% מהעובדים בקהילה). כשליש מכלל המשיבים (36%) העירו שישנם סוגי טיפול שמודל ISOAPS אינו מתאים להם.

שיעור העו"ס בקהילה שדיווחו כי הם משתמשים בקביעות במודל ISOAPS לכתובת הרשומות שלהם גבוה ב-10% משיעורם של עמיתיהם בבתי החולים, שדיווחו על שימוש קבוע במודל (57% לעומת 47%).

בהשוואה של תפיסת הרשומה כמקצועית יותר, כפי שנבדקה לפני הטמעת מודל ISOAPS ואחריו, התברר כי 61% מהמשיבים דיווחו כי הרשומה מקצועית יותר לאחר ההטמעה, לעומת 46% לפני כן. כמו כן, שיעור המשיבים שציינו כי הרשומות שלהם הן בעלות מבנה אחיד וקבוע עלה מ-72% לפני ההטמעה ל-81% אחריה (ראה תרשים 1).

תרשים 1: הערכת העו"ס את מבנה הרשומה לפני ההטמעה ואחריה



ראיונות איכותניים לאחר ההטמעה

הנתונים האיכותניים יוצגו על-פי הנרטיבים ששמענו בראיונות עם העו"ס בבתי החולים ובקהילה (הראל-שלו ודפנה-תקוע, 2021). שמות המרואיינים בדויים. הנתונים האיכותניים יוצגו על-פי שלוש תמות מרכזיות שזוהו מתוך ראיונות העומק: סטנדרטיזציה של הכתיבה המקצועית ושיפור שיתוף הפעולה; כלי לשיפור המקצועיות בעבודה סוציאלית; וכלי פדגוגי ומקצועי בהדרכת סטודנטים.

סטנדרטיזציה של הכתיבה המקצועית ושיפור שיתוף הפעולה

בראיונות האיכותניים עמדו העו"ס על חשיבותו של מודל ISOAPS להנחלתה של הכתיבה האחידה בעבודה הסוציאלית. כך לדוגמה הסבירה ליאורה את יתרונות המודל לשיפור התקשורת בין הצוותים המטפלים:

תראי, מי שקורא את ההתערבות לפי המודל מתרשם שהכתיבה מאוד נהירה, היא מאוד מאוד ברורה. היא דומה לכתיבה המקצועית הרפואית, אז יש כאן איזו שהיא שפה שהיא משותפת לכל העוסקים במלאכה בתוך בית החולים, ולא משנה באיזה תפקיד הם. גם צוות שהם לא עו"ס יכולים בהחלט לקרוא ולהבין, לדעתי, בצורה מאוד טובה מה שעשינו בתוך ההתערבות, מה אנחנו ממליצים לצוות עצמו לעשות, מה התוכניות שלנו להמשך טיפול מן הקהילה. זה גם עושה חלוקת תפקידים, זה מצביע על האחריות של מי עושה מה בהמשך הטיפול במקרה, אז זה מאוד טוב.

וענבל פירטה:

המודל הזה מצוין. כי אנחנו [העו"ס] זהים ודומים בכתיבה שלנו היום. כשאני הייתי כותבת הרבה שורות, נגיד 10-15 שורות, והייתי מסתכלת על אשפוזים קודמים כדי לקבל אינפורמציה, לפעמים לא היה שם שום דבר. היו שם שתי שורות והייתי מתעצבנת מזה. מתעצבנת שאנשים לא כותבים כמוני. אז המודל הזה הוא מצוין, מכיוון שיש אנשים שהיו ממש מצמצמים במידע, לוקחים את זה לקיצון והיו כותבים שורה אחת וזה היה ממש נורא ואיום. הכתיבה שלי היא הרבה יותר מפורטת, ומה

שהשתנה זה העניין הזה של תצפית, זאת אומרת שהבן אדם יוצר יותר קשר עין, רגוע, עם מצב רוח – זה משהו שהשתנה. אני יותר מתייחסת לזה.

16 מהמרוויינים ציינו את תרומתו של המודל לשיתוף הפעולה בקרב העו"ס עצמם, ולגיבושם כצוות שמתפקד יחד למען מטרות טיפוליות מוסכמות מראש. במערכת הבריאות מטופלים מרגישים לעיתים קרובות שאין תיאום בין הגורמים המטפלים השונים, ויד אחת אינה יודעת מה עושה האחרת. את ההרגשה הזאת אפשר לצמצם במידה ניכרת באמצעות שמירה על עקביות ועל המשכיות הטיפול על-ידי העברת מידע סדורה בין העו"ס ובין הצוות הרפואי. לדעת כל המרוויינים, המודל מאפשר להם להעביר את סיפור המפגש הטיפולי באופן מאורגן. כך לדוגמה הסבירה אושר:

כשאני רואה היום את הפערים בכתיבה על-פי המודל לעומת הכתיבה הקודמת, הכתיבה הקודמת היא לחלוטין חסרה מבחינתי. היא לחלוטין לא מקיפה, לא ממצה, לא עניינית וגם לא מאפשרת לצוותים אחרים... להבין מה אני עשיתי בתוך ההתערבות. הכתיבה על-פי המודל בהחלט נותנת להבין מה נעשה ברמה הסוציאלית וזאת לדעתי התרומה הכי נכבדה.

ודנה ציינה: "זה ארגן אותי יותר, אני אדם שצריך בכלל, בלי קשר, ארגון. זה ממש ארגן, ואני חושבת שהאחידות בכתיבה בעבודה הסוציאלית היא הכרחית, [אחרת] אחד יכול לכתוב דוח כזה והשני דוח כזה, אין אחידות, ואחידות ובעיקר סדר הם הכרחיים".

כלי לשיפור המקצועיות בעבודה סוציאלית

מדבריהם של רוב המרוויינים עלה כי מודל ISOAPS מארגן ומסדר את הכתיבה ואת מהלכה ומחייב חשיבה סדורה. המרוויינים ציינו את חשיבותו ככלי עזר לארגון אופן החשיבה. סתיו הסבירה:

אם אני רוצה לרשום ב-ISOAPS אחר כך, על איזה שאלה באתי לענות, אז זה מחייב אותי לשאול את השאלה הזו. זה מאוד מקצועי בעיניי ומאוד מחזק את המקצועיות – מה השאלה הסוציאלית שלך? ואז את בוחרת לגשת או לא לגשת. כשרוצים לכתוב מכתב למטופל כל החומר כבר מאורגן מראש.

אלה ציינה את החשיבות של מודל ISOAPS להרחבת נקודת המבט ולשיפור הכתיבה המקצועית:

המודל נותן לי להסתכל בצורה רב-ממדית על מקרה, למשל אם פעם הייתי כותבת התרשמות סוציאלית בצורה מסוימת, אז היום, כשאני ניגשת לרשום במחשב, אני מסתכלת על דברים מסוימים רחבים יותר, בצורה מסוימת של כתיבה, ואז גם מסודר לי יותר בראש.

חיה, העובדת בחטיבת הילדים בבית חולים, עמדה על חשיבות הסדר שהמודל מכתוב: "בילדים אני מקבלת כל כך הרבה אינפורמציה, אז הסדר נורא חשוב. מטופל שאני מכירה כבר מאשפוזים חוזרים, אני מציגה אותו אחרת היום, אחרי שאני כותבת לפי ISOAPS".

מור פירטה את ההבדלים בכתיבתה לפני אימוץ המודל ולאחריו:

תמיד התייחסתי לבעיות, משאבים, חוזקות וחולשות, אבל לא קראתי לזה בכותרות, והיום אני כן קוראת לזה בכותרות. הסדר של דברים השתנה, זאת אומרת הייתה זליגה

של האינפורמציה. הייתי מתחילה ברקע פסיכו-סוציאלי והייתי מכניסה קצת את הנושא של מערכת הרווחה תוך כדי, הייתי עושה פה יותר כרונולוגי, ההתערבות היא יותר הוא אמר, אני אמרתי, אמרתי לו ככה והוא הגיב אליי ככה. היום זה כבר לא. היום זה יותר החלק של המטופל, תוכנית, וההתערבות היא למטה.

לשאלה אם יש עוד מידע שנוסף לכתיבה בזכות מודל ISOAPS ענתה מור:

כן, בטח. הסיכום, התרשמות אישית שלא הייתה לפני כן. רושם שלי במובן המקצועי, שאני לוקחת ומסכמת את הכול ומה שאני מתרשמת. והסיכום. הוגשה בקשה ככה וככה, זה עובר לככה וככה וכו'. וזה שני משפטים שמאוד עוזרים לצוות הרפואי, במקום לקרוא את כל המגילה הם קוראים את שתי השורות האחרונות ויכולים להבין מה עשיתי, שזה גם מאוד מאוד טוב. אני חושבת שהרופאים שקוראים את זה, זה יותר מסודר להם בעיניים. כי עכשיו הצורה הזאת דומה לצורת הכתיבה של הרופאים.

לשאלה מה הוסיף מודל ISOAPS למקצועיות שלך השיבה ספיר:

תמיד הייתה לי בעיה עם הכתיבה ואיך להוציא את הדברים באופן מסודר ומקצועי. אני בטוחה שזה הוסיף מבחינת הכתיבה, איך לתאר את הדברים, איך לכתוב אותם, איך לסדר אותם בראש. אני חושבת ש-ISOAPS זה לא רק הכתיבה, זה עושה לך סדר בראש. הקשר של איך לראות את הדברים, איך להעריך אותם, זה כל הקטע, לא רק הלכתוב האוטומטי-הטכני. אני בטוחה שזה הוסיף למקצועיות, ללקיחת אחריות על הדברים, שאם זה מה שאתה כותב שאתה הולך לעשות, לפגוש את המטופל עוד פעם אחת, ואתה מזהה את הדברים, אז קח אחריות. זה לא רק נכתב ושלח לחמך; זה הוסיף לכל הטיפול במטופל, לא רק בכתיבה ולתיעוד של מה שעשית. יש חשיבה, ההערכה, הטיפול אחר.

המרוויינים הדגישו את החשיבות של ארגון השיח הטיפולי בתוך כדי תהליך הכתיבה. מיכל הסבירה:

בגדול, כמו שאמרתי, [ISOAPS] מאוד ממקד, וגורם אחרי השיחה לשאול את עצמי מה שייך למה שאני ראתי, מה שייך להערכה המקצועית? מה התוכנית? - זה עושה מאוד סדר ומרכז... בואי נגיד שבגדול... אני חושבת [שהמודל] יותר מקצועי, יותר מנומק ויותר מפורט [ממודלים אחרים של כתיבה].

הייתי רק כותבת דיווח מה שאלתי, מה הוא אמר ובכמה משפטים. פה אני צריכה לכתוב מה הוא אמר, אחר כך מה אני ראתי, אחר כך מה ההערכה שלי, אחר כך משאבים, כוחות - זה פחות או יותר הדברים שכתבנו אותם. כתבנו אותם בתור מידע, לא בתור הסתכלות מקצועית. זאת אומרת שזה שינה, זאת הסתכלות אחרת. להביע את עצמי, או לסכם את השיח שלי עם המטופל בצורה יותר מקצועית. זה לא שינה אותי כעובדת סוציאלית, הראות היא אחרת. הראות שלי כאשת מקצוע אני חושבת שהיא אחרת.

ונעמה הוסיפה:

הכתיבה היא כתיבה יותר מקצועית של הנעשה, של העבודה היום-יומית. אני לא חושבת שזה השפיע על העבודה היום-יומית שלי, שהיא אותה העבודה. אני לא

מרגישה שזה איכשהו השפיע על העבודה. זה כן השפיע על הכתיבה, שהיא יותר נכונה, יותר מקצועית, יותר זמינה.

בראינות באו לידי ביטוי גם השיח הפנימי של העו"ס על הכתיבה קודם לשימוש במודל ועל ההשוואה עם הכתיבה הקודמת וכן שאלת המקצועיות בעבודה הסוציאלית. לשאלה אם יעדיפו לחזור לצורת התיעוד הקודמת השיבה חמדת שהכתיבה הקודמת, שלא על-פי מודל מסודר, אומנם הייתה פשוטה ונוחה הרבה יותר, "אבל אין מה להשוות. אני רואה חשיבות עצומה בכתיבה לפי ISOAPS. אני רואה איך אנחנו נתפסים גם בצוות, כשהרופאים מציגים בישיבת בוקר את התיק הרפואי ואת החלק שלנו, ואני לא נופלת מהם [...] אז לא, לא הייתי חוזרת [לכתיבה הקודמת]".

המרוויינים אמרו שמודל ISOAPS רלוונטי גם לתחומים אחרים של העבודה הסוציאלית. כך לדוגמה ציינה ענבל כי "צריך להתאים את המודל לשירותים אחרים בעבודה סוציאלית, אנחנו נראים אחרת כלפי אנשי מקצוע אחרים כשאנחנו כותבים לפי ISOAPS". ובהקשר של התאמת המודל לעבודה הסוציאלית במסגרות אחרות, כגון במחלקות הרווחה, המוסד לביטוח לאומי או שירות המבחן, אמרה רינת:

זה מתאים לכולם, אני חושבת שזה מתאים לכולם. זה שאצלי זה צוות רפואי-סיעודי, אצל מישהו אחר זה צוות אחר. או גם אם אתה נמצא בשירות ראשוני, יש לך בצורה מאוד מסודרת מי טופל, מה סיבת הפנייה, מי היוזם, איפה מתקיימות הפגישות, אם יש לציין רקע רפואי, אז במקום אחר יהיה רקע סוציאלי.

כלי פדגוגי ומקצועי בהדרכת סטודנטים

מן הראינות עלתה גם החשיבות של הוראת המודל לסטודנטים לעבודה סוציאלית. ענבל אמרה: "הסטודנטיות מתבקשות לכתוב דוחות לפי ISOAPS, הן כותבות יותר טוב, מסודר, [כותבות] את הדברים בצורה ברורה, זה לא נתון לפרשנות של הסטודנט או המטפל וזה מאוד הכרחי".

חנה סיפרה:

כשאתי למדתי עבודה סוציאלית לא לימדו אותי באוניברסיטה איך לכתוב דוח סוציאלי, המדריכה ברווחה לימדה אותי איך כותבים. אני חושבת שזו חובה של האוניברסיטאות ללמד שיטת כתיבה בעבודה סוציאלית, ושלא כל אחד ימציא לו מן דוח משלו, זה נראה איום ונורא. כשאתי מדריכה סטודנטים, פתאום אני מבינה כמה חשוב ללמד את הדורות הבאים כתיבה מקצועית בעבודה סוציאלית.

ודנה הוסיפה:

אני חושבת, מהמשוב שאני קיבלתי מהסטודנטים, שזה קודם כול נתן להם דחיפה עצומה מבחינת תהליך הלמידה שלהם. לא רק שהם לומדים להיות עובדים סוציאליים בתהליך ההכשרה, הם גם לומדים לכתוב בצורה מאוד מקצועית, וכשהם רואים שעו"ס מן המניין, עובדת כמוני, עובדים עם אותו מודל שהם רואים אותנו, אז בסופו של דבר זה נתן להם פידבק מאוד חזק ועידוד גדול שהם בעצמם מתמקצעים. אני זוכרת את הסטודנט האחרון שהיה לי, שהוא יצא מכאן עם תחושה שזה מילא אותו מאוד. הוא

הגיב לזה בצורה חיובית, הוא שמח מאוד שמשקיעים בו כבר בשנה א' בכלי שמשמש עו"ס ותיקים, אז אני חושבת שגם בחוויה של הסטודנטים זה משהו מאוד חיובי.

ביקורת על מודל ISOAPS

לצד היתרונות של מודל ISOAPS עמדו מרואיינים גם על החסרונות. ראשית, המרואיינים ציינו כי המודל מתאים יותר לטיפול קצר טווח, והוצע לשקול להתאים אותו לטיפולים ארוכי טווח ולפגישות חוזרות עם אותו מטופל.

שנית, מרבית המשתתפים (מרואיינים ומשיבים) ציינו שהם משקיעים בתיעוד המובנה בהתאם למודל ISOAPS זמן רב יותר משהשקיעו בתיעוד קודם לכן. עם זאת, המשתתפים במחקר האיכותני ציינו שמדובר במודל חדש, וכשיתרגלו לשימוש בו יתקצר הזמן שיצטרכו להשקיע בתיעוד.

יש לציין כי למרות הביקורת אף לא אחד מן המשתתפים במחקר הביע רצון לחזור לצורת התיעוד הקודמת.

דיון

הצורך במודל כתיבה מקצועי ברור, אחיד וסטנדרטי בעבודה הסוציאלית העלה על סדר היום של שירותי בריאות כללית את חשיבות הכתיבה המקצועית בתחום העבודה הסוציאלית, והוביל אותנו לנסח את מודל ISOAPS, שמותאם במיוחד לצרכי התחום הזה. שיתוף הפעולה בין האקדמיה לשדה הקליני של העבודה הסוציאלית בשירותי בריאות כללית אפשר חשיבה משותפת והתאמת מודל הכתיבה הרפואי SOAP לכתיבת התיעוד של העבודה הסוציאלית במערכת הבריאות. המאמר נועד כאמור להציג את פיתוחו של מודל ISOAPS לכתיבה פסיכו-סוציאלית, את הטמעתו ואת המחקר שערכנו כדי לאמוד את השינוי שחל בעקבות זאת בעבודה הסוציאלית בשירותי בריאות כללית.

כמעט מחצית מצוותי הרפואה והסיעוד שהתבקשו לחוות את דעתם על תיעוד העבודה הסוציאלית ברשומה הרפואית קודם להטמעת המודל הגדירו אותו לא מספק, ועמדו על הצורך בתיעוד פסיכו-סוציאלי בעל מבנה אחיד, שכולל מצד אחד פירוט נרחב ומצד שני סיכום קצר והמלצות לצוות. מומחיות בעבודה סוציאלית שהעריכו את טיב הרשומות לפני הטמעת המודל, נתנו גם הן ציונים נמוכים יחסית לאיכות התיעוד, לנהירות המידע שכלול בו ולארגונו (מתוך 10, ציון 6.3 לתיעוד של פגישות הקבלה וציון 5.1 לתיעוד פגישות ההמשך). כאשר בחנו את הרשומות של פגישות הקבלה על-פי 22 פרמטרים שחשוב שיופיעו ברשומה, היה ממוצע הציונים נמוך יותר, וטווח הציונים היה רחב. טווח ציונים רחב מצביע על הבדלים ניכרים באיכות הכתיבה, ואלה מעידים על העדר סטנדרט כתיבה ועל כתיבה מקצועית באיכות נמוכה. גם כשבוחנים את הערכת העו"ס לפני ההטמעה, ניכר כי רבים מהפרמטרים החשובים מתועדים בשיעורים נמוכים מאוד.

ממצאי המחקר האיכותני מדגימים כי המשתתפים במחקר לאחר פיתוח המודל והטמעתו ציינו כי תהליך ההכשרה הכין אותם היטב לשינוי בכתיבה המקצועית. ניכר כי כולם שמעו על ISOAPS, וכי מרביתם (83%) משתמשים בו לכתיבת הרשומות. מרבית המשיבים ציינו כי הם יודעים להשתמש במודל, אולם רק כמחציתם (53%) משתמשים בו כמודל התיעוד היחיד.

מכאן שהמודל הוטמע בהצלחה בסך הכול, השימוש בו נרחב, והמשתתפים במחקר שבעי רצון ממנו בדרך כלל. את השימוש בו מעכב בראש ובראשונה הזמן הרב שכרוך ביישומו. גורם מעכב אחר שציינו כמה מהמשיבים הוא שיש קושי ביישום המודל במקרים מסוימים (כגון משחק בטיפול בילדים).

ממצאי המחקר הכמותי והאיכותני שערכנו לאחר הטמעת המודל בשירותי העבודה הסוציאלית של שירותי בריאות כללית עולה כי השימוש במודל אכן מביא לידי כתיבה אחידה, ונוסף על כך יש לו יתרונות מארגנים, והוא תורם לחשיבה מקצועית סדורה ומאורגנת. כל זה מאפשר לעו"ס לבטא בעילות את העשייה המקצועית שלהם באמצעות התיעוד ברשומה הרפואית (Thomas et al., 2016). יתרה מזו, השימוש במודל ISOAPS מעודד חשיבה אבחנתית על המקרה בתוך כדי הכתיבה, ובכך הוא תורם להבנה טובה יותר של המקרה.

המשתתפים במחקר שלנו סבורים כי מודל ISOAPS בנוי בצורה מדויקת ומקצועית, וכי הכתיבה ברשומות בהתאם לו תורמת למבנה אחיד וקבוע של התיעוד שלהם ברשומה הרפואית ולסטנדרטיזציה של הכתיבה המקצועית. הכתיבה האחידה משפרת את ייצוג המקצוע ואת התדמית המקצועית וכן את השפה המקצועית של השירות לעבודה סוציאלית, המתפקד בסטנדרט אחיד בפעולתו לקידום מטרות הטיפול. נוסף על כך, כל המשתתפים במחקר ציינו כי הכתיבה על-פי המודל משפרת גם את איכות התקשורת וגם את יעילות העברת המידע ביניהם ובין הצוות הרפואי והסיעודי, וביניהם ובין שותפים ממקצועות הבריאות האחרים. זאת ועוד, חלק מהמשתתפים הדגישו שהשינוי בתהליך החשיבה, שנוצר בעקבות השימוש במודל, השפיע ישירות על ניהול המפגש הטיפולי ועל תוכנו, וחיצוק בהם את תחושת המקצועיות. המודל מכונן אל התבוננות מסוג חדש, בעיקר בעקבות הוספת סעיפי התצפית וההערכה הפסיכו-סוציאלית, שבדרך כלל לא תועדו קודם לכן.

את הצורך במודל ביטאו לא רק עו"ס ואנשי מקצועות הרפואה והבריאות, אלא גם סטודנטים לעבודה סוציאלית, שהדגישו את הצורך בפורמט מובנה בשדה הקליני, שיכשיר אותם לחייהם המקצועיים ויקנה להם כלים לכתיבה מקצועית אחידה, שיש לה חשיבות רבה כל כך להשגת הבנה מקצועית והכרה מצד שותפיהם לעתיד במערכת הבריאות (Thomas et al., 2016). במחקר השתתפו גם מורים לעבודה סוציאלית, וכולם דיווחו כי המודל משמש כלי הדרכה, וכי תגובות הסטודנטים חיוביות. הסטודנטים, אשר עדיין לא פיתחו שגרת כתיבה אישית משלהם, מצאו כי קל להם יותר ללמוד את המודל החדש ולאמצו ככלי התיעוד העיקרי ואף הבלעדי שלהם.

מודל ISOAPS אכן נוצר כדי לספק מענה מקצועי לעו"ס במערכת הבריאות, בדומה למענה שסיפק לצוותים הרפואיים מודל הכתיבה הרפואית SOAP Note (Weed, 1968/1999; Jaroudi & Payne, 2019).

לצד יתרונותיו של המודל החדש צוינו כאמור גם חסרונותיו, והם חוסר התאמתו לכל טווח של טיפול ולכל סוגי המקרים, והזמן הרב שכרוך ביישומו. נוסף על שני חסרונות אלו יש לתת כאן את הדעת גם לסוגיות אתיות שכרוכות בחשיפת התיעוד הפסיכו-סוציאלי, שאינו רלוונטי לבעיה הרפואית ולטיפול בה, לעיני הצוות הרב-מקצועי.

בתהליך הטמעת המודל והדו-שיח המתמיד עם העו"ס נתקלנו בקושי ביישום המודל לתיעוד מפגשים של טיפול במשחק, כאשר המטפל ומטופל ילד משחקים יחד או הורה וילד משחקים, בעוד המטפל צופה בהם. במפגשים אלו מצאנו קושי בתיעוד דברי המטופל (Subjective). גם בהתערבויות

של תיווך נראה לעיתים שהמודל מסרב לאת התיעוד ומחייב את העו"ס לחזרתיות. התערבויות שנמשכות על פני יום שלם או יותר, שמטרתן אחת אך הן מצריכות רצף פעולות מורכב, קשות גם הן לתיעוד לפי מודל ISOAPS.

יתרונות המחקר

הרשומות הפסיכו-סוציאליות לפני הטמעת המודל הוערכו משלוש נקודות מבט, ושלושתן הצביעו על הצורך בשינוי משמעותי בשיטת הכתיבה בעבודה הסוציאלית. המחקר נערך בצורה מקיפה וכלל אחוז ניכר מהעו"ס בשירותי בריאות כללית, ולכן נתן לנו תמונת מצב ריאלית ומהימנה. שילוב המתודולוגיות סיפק מבט רחב יותר במציאות החדשה שנוצרה בעקבות ההטמעה וכיוונים להמשך התהליך.

מגבלות המחקר

המודל הוטמע בשירותי בריאות כללית בלבד, ולא נבחנו בשירותי בריאות אחרים ובשירותים אחרים בתחום העבודה הסוציאלית. כמו כן, התרומה של השימוש במודל לא נבדקה אחרי ההטמעה עם הצוותים הרפואיים ועם שאר העוסקים במקצועות הבריאות. שיעור ההיענות הנמוך של אנשי מקצועות בריאות האחרים ואי-השתתפותם בהערכת המודל לאחר הטמעתו מצמצמים את היכולת להסיק מסקנות לגבי השפעת המודל על ממשק העבודה הבין-מקצועית. נוסף על כך, המחקר הכמותי והאיכותני לאחר ההטמעה נערך סמוך להטמעת המודל, השאלונים הועברו זמן קצר יחסית אחריה, וייתכן שמחקר נוסף, שיעקוב אחרי השינויים זמן רב יותר לאחר ההטמעה, יניב תוצאות שונות.

סיכום

בעשורים האחרונים מקצוע העבודה הסוציאלית במערכת הבריאות מתפתח בישראל באופן דרמטי, והוא מאתגר את הנלמד בבתי הספר לעבודה סוציאלית בכל הקשור לטיפול פסיכו-סוציאלי ולהיבט הרפואי של המטופל. ניסיונות למצוא מודל שיטתי מובנה לכתיבת דוח פסיכו-סוציאלי שיטתי, אשר יתאים לסוכנויות רבות, מוכרים בספרות על עבודה סוציאלית (Diaz & Drewery, 2016). בעידן של התפתחויות טכנולוגיות בתחום הבריאות ושל עבודת צוות רב-מקצועי, התיעוד ברשומות הרפואיות, שהן כלי התקשורת בין אנשי הצוותים השונים, חשוב מאוד לשמירה על רצף הטיפול במטופל. ההתקדמות הטכנולוגית במקצועות הבריאות מחייבת גם את העבודה הסוציאלית לאמץ סטנדרטים מקצועיים ממקצועות בריאות משיקים (Hansen et al., 2015) ולייצר שפה אחידה ומובנית שמשקפת את הסטנדרט הטיפולי של המקצוע. שונות גדולה בין הדוחות המקצועיים עשויה לשקף איכות ירודה והשמטת נתונים חשובים על המטופל ועל משפחתו. עצם כתיבתו של דוח פסיכו-סוציאלי בעל מבנה אחיד ומובנה מאפשרת ליצור שפה מקצועית משותפת, ולצקת תכנים שונים וחיבטים שונים של הטיפול באופן קריא וברור. לשיח הרב-מקצועי בטיפול רב-מערכתי נודעת חשיבות גדולה, ומודל ISOAPS מספק פלטפורמה לשיח ולתקשורת נוחה בין העו"ס ובין שאר אנשי המקצוע המטפלים באדם ובמשפחתו. התקרבות השפות המקצועיות השונות לכדי שפה ומושגים משותפים שמוכרים לכל אנשי הצוות מאפשרת רצף טיפולי שהמטופל במרכזו. המודל החדש, הייחודי לעבודה הסוציאלית, מסתמך על מודל הכתיבה הרפואית SOAP והוא מאפשר להעמיק את תהליך ההתמקצעות של

העבודה הסוציאלית בשירותי בריאות כללית. להערכתנו, מודל ISOAPS, בהיותו מודל מובנה, שעוקב אחר התהליך הטבעי של המפגש הטיפולי בעבודה הסוציאלית, עשוי להתאים לכל מסגרת של עבודה סוציאלית ולהוסיף לסטנדרטיזציה מקצועית בכל ענפי העבודה הסוציאלית.

מתוך ממצאי המחקר שלאחר ההטמעה אנו למדים כי חשוב להמשיך להטמיע את המודל בקרב העו"ס מתוך התייחסות לסוגיות שהעלו, ולקשיים שעליהם דיווחו בקשר לשימוש במודל בכל סוגי המפגשים וההתערבויות בעבודה הסוציאלית. שיתוף העו"ס בתהליך ההערכה תרם למעורבותם בהטמעה ולרצונם לשפר את הכתיבה המקצועית.

כתיבה על-פי מודל ISOAPS יכולה לשמש בסיס לסטנדרט מקצועי במערכת הבריאות וגם במערכות אחרות שבהן פועלים שירותים לעבודה סוציאלית (רוחה, חינוך וכדומה). המודל מאפשר תיעוד מובנה ותהליכי של המפגש הטיפולי; סטנדרטיזציה של הכתיבה; ומקדם תקשורת בין העו"ס ובין שאר המטפלים בהתאם למקרה.

מודל ISOAPS תוכנן מתוך היכרות עם מערכת הבריאות בישראל ועם צרכיה. לאחר שהוטמע בשירותי בריאות כללית נראה כי הוא יכול לשמש כלי אפקטיבי גם בתחומים אחרים של העבודה הסוציאלית ותת-ההתמחויות שלה. מחקר נוסף על המודל והטמעתו בתחום העבודה הסוציאלית יוכל להאיר התאמות נוספות שנדרשות אולי בהתאם לצרכים בשטח.

נקודות מפתח

- כתיבה לפי מודל ISOAPS יצרה שינוי משמעותי בתהליך התיעוד בעבודה הסוציאלית.
- הרשומות שנכתבות לפי מודל ISOAPS הן בעלות מבנה אחיד, ומשמשות כלי לסטנדרטיזציה של השירותים.
- מודל ISOAPS מספק פלטפורמה לשיח רב-מקצועי שבו המטופל במרכז.

מקורות

- ברוך, י. (2002). **נוהל רשומת מטופל בעבודה סוציאלית** (חוזר מס' 26/2002). מדינת ישראל, משרד הבריאות - החטיבה לענייני בריאות.
- הראל-שלו, א. ודפנה-תקוע, ש. (2021). **על ביטחון וחוסר ביטחון: הקרב הכפול של נשים לוחמות**. חיפה: פרדס הוצאה לאור.
- רוקמן-רומנו, ע., שורק, ג. ואופק, ה. (2020). התערבות פיזיותרפיה במטופל קורונה לאחר אקסטובציה: תיאור מקרה. **כתב עת לפיזיותרפיה**, 22(1), 31-4.
- Aronson, M. D. (2019). The purpose of the medical record: Why Lawrence Weed still matters. *The American Journal of Medicine*, 132, 1256-1257. doi: 10.1016/j.amjmed.2019.03.051
- Auerbach, C., & Mason, S. E. (2010). The value of the presence of social work in emergency departments. *Social Work in Health Care*, 49, 314-326. doi: 10.1080/00981380903426772

- Blumenthal, D., & Tavenner, M. (2010). The “meaningful use” regulation for electronic health records. *New England Journal of Medicine*, *363*, 501-504. doi: 10.1056/NEJMp1006114
- Boulet, J. R., Rebbeck, T. A., Denton, E. C., McKinley, D. W., & Whelan, G. P. (2004). Assessing the written communication skills of medical school graduates. *Advances in Health Sciences Education*, *9*, 47-60. doi: 10.1023/B:AHSE.0000012216.39378.15
- Brown, L. M., & Gilligan, C. (1991). Listening for voice in narratives of relationship. *New Directions for Child and Adolescent Development*, *54*, 43-62. doi: 10.1002/cd.23219915405
- Burger, J., Kettenbach, G., & Klöfers, P. (1995, September). Coordination equilibria in transition metal based cellulose solvents. *Macromolecular Symposia*, *99*, 113-126. doi: 10.1002/masy.19950990113
- Cowles, L. A. (2012). *Social work in the health field: A care perspective*. New York, NY: Routledge.
- Daphna-Tekoah, S., & Harel-Shalev, A. (2014). “Living in a movie” — Women combatants in conflict zones. *Women’s Studies International Forum* *44*, 26-34.
- Diaz, C., & Drewery, S. (2016). A critical assessment of evidence-based policy and practice in social work. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, *13*, 425-431. doi: 10.1080/23761407.2015.1086717
- Dieng, M., Cust, A. E., Kasparian, N. A., Mann, G. J., & Morton, R. L. (2016). Economic evaluations of psychosocial interventions in cancer: A systematic review. *Psycho-oncology*, *25*, 1380-1392. doi: 10.1002/pon.4075
- Fang, L., Mishna, F., Zhang, V. F., Van Wert, M., & Bogo, M. (2014). Social media and social work education: Understanding and dealing with the new digital world. *Social Work in Health Care*, *53*, 800-814. doi: 10.1080/00981389.2014.943455
- Fugl-Meyer, K. S. (2016). A medical social work perspective on rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, *48*, 758-763. doi: 10.2340/16501977-2146
- Grace-Farfaglia, P., & Rosow, P. (1995). Automating clinical dietetics documentation. *Journal of the American Dietetic Association*, *95*, 687-690. doi: 10.1016/s0002-8223(95)00187-5
- Hansen, A. G., Martin, E., Jones, B. L., & Pomeroy, E. C. (2015). Social work assessment notes: A comprehensive outcomes-based hospice documentation system. *Health & Social Work*, *40*(3), 191- 200. doi: 10.1093/hsw/hlv033
- Healy, K. (2014). *Social work theories in context: Creating frameworks for practice*. London, England: Macmillan International Higher Education.
- Jaroudi, S., Payne, J. D., & Drew, D. O. (2019). Remembering Lawrence Weed: A pioneer of the SOAP note. *Academic Medicine*, *94*, 11. doi: 10.1097/ACM.0000000000002483
- Kessel, K. A., & Combs, S. E. (2016). Review of developments in electronic, clinical data collection, and documentation systems over the last decade – Are we ready for big data in routine health care? *Frontiers in oncology*, *6*, 75. doi: 10.3389/fonc.2016.00075
- Kitchen, A., & Brook, J. (2005). Social work at the heart of the medical team. *Social Work in Health Care*, *40*(4), 1-18. doi: 10.1300/J010v40n04_01
- McLaughlin, J. (2016). Social work in acute hospital settings in Northern Ireland: The views of service users, carers and multi-disciplinary professionals. *Journal of Social Work*, *16*(2), 135-154. doi: 10.1177/1468017314568843
- O’Donnell, A., Kaner, E., Shaw, C., & Haighton, C. (2018). Primary care physicians’ attitudes to the adoption of electronic medical records: A systematic review and evidence synthesis using the clinical adoption framework. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, *18*(1), Article 101. doi: 10.1186/s12911-018-0703-x
- Payne, M. (2021). *Modern social work theory*. London, England: Palgrave Macmillan.

- Pearce, P. F., Ferguson, L. A., George, G. S., & Langford, C. A. (2016). The essential SOAP note in an EHR age. *The Nurse Practitioner*, 41(2), 29-36. doi: 10.1097/01.NPR.0000476377.35114.d7
- Peterson, E. B., Chou, W. Y. S., Falisi, A., Ferrer, R., & Mollica, M. A. (2018). The role of medical social workers in cancer clinical trial teams: A group case study of multidisciplinary perspectives. *Social Work in Health Care*, 57, 688-704. doi: 10.1080/00981389.2018.1477899
- Rachman, S., Thordarson, D. S., Shafran, R., & Woody, S. R. (1995). Perceived, responsibility: Structure and significance. *Behavior Research and Therapy*, 33, 779-784. doi: 10.1016/0005-7967(95)00016-q
- Reamer, F. G. (2005). Documentation in social work: Evolving ethical and risk-management standards. *Social Work*, 50, 325-334. doi: 10.1093/sw/50.4.325.
- Reamer, F. G. (2013). Social work in a digital age: Ethical and risk management challenges. *Social Work*, 58(2), 163-172. doi: 10.1093/sw/swt003.
- Reamer, F. G. (2015). Clinical social work in a digital environment: Ethical and risk-management challenges. *Clinical Social Work Journal*, 43(2), 120-132. doi: 10.1007/s10615-014-0495-0
- Reznich, C. B., Wagner, D. P., & Noel, M. M. (2010). A repurposed tool: The program evaluation SOAP note. *Medical Education*, 44, 298-305. doi: 10.1111/j.1365-2923.2009.03600.x
- Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *Journal of Social Work Education*, 44(3), 105-113. doi: 10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c
- Sleszynski, S. L., Glonek, T., & Kuchera, W. A. (1999). Standardized medical record: A new outpatient osteopathic SOAP note form: Validation of a standardized office form against physician & progress notes. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 99, 516-529. doi: 10.7556/jaoa.1999.99.10.516
- Staniforth, B., & Larkin, R. (2006). Documentation in social work: Remembering our ABCs. *Social-Work Review* 18(3), 13-20.
- Thomas, J. L., Schuster, E. O., & Fuller, A. R. (2016). Giving our students professional voice: Development and implementation of a BSW course on writing for agency practice. *Journal of Social Work Education*, 52, 234-241. doi: 10.1080/10437797.2016.1151277
- Tutty, Leslie M., Rothery, M. A., Grinnell, R. M. & Austin, C. D. (1996). *Qualitative research for social workers: Phases, steps, & tasks*. Allyn and Bacon.
- VisualDx. (June 22, 2012). Larry Weed's 1971 Internal Medicine Grand Rounds. YouTube. Retrieved from: <https://www.youtube.com/watch?v=qMsPXSMtpFI>
- Weed, L. L. (1999). Medical records that guide and teach (concluded). *Yearbook of Medical Informatics*, 8, 212-217. (Reprinted from *New England Journal of Medicine*, 278 (1968), 593-600. doi: 10.1056/nejm196803142781105)

נספח 1: מודל הכתיבה

פירוט	הסבר	
<ul style="list-style-type: none"> • גורם מפנה: (שם, תפקיד, מרפאה, פרטי התקשרות) • סיבת ההפניה לעו"ס: (הפניה, פנייה עצמית, איתור יזום) (ציטוט מפי הגורם המפנה) • מחלות רקע (אך ורק ציטוט של רופא וציון שמו) • תלונת המטופל • מקום המפגש: • משתתפים: 	מערך (SETTING)	I INTRODUCTION
<ul style="list-style-type: none"> • רקע ביו-פסיכו-סוציאלי (משפחתי, תפקודי, בריאותי, כלכלי, השכלה, או מערכות תמיכה פורמליות ולא פורמליות, תעסוקתי ...) • אירועים משמעותיים בעבר ובהווה (אובדן, אלימות, משברים...): • כיצד התמודד עם אירועים אלו (משאבים, חוזקות וחולשות) • טיפולים בעבר ובהווה (נפשיים, תרופתיים, אשפוזים...) • ציפיות מהטיפול: 	הסיפור של המטופל כפי שמסופר מפיו. הבעיות כפי שמוצגות על-ידי המטופל, מידע שנמסר בעל-פה מהחולה ומשפחתו.	S SUBJECTIVE
<ul style="list-style-type: none"> • דיווחים ממערכות אחרות (רווחה, בריאות, ברה"נ, משטרה...) • שאלונים • ניצול/ת שואה • איתור אלימות ופגיעה (מחויב תשאל אוניברסלי ותיעודו) • מיפוי מיצוי זכויות • ייפוי כוח רפואי, אפטרופסות • אחר 	מידע שהתקבל מגורמים שונים (מקצועיים ואחרים), תצפיות של העו"ס. "תמונה": תאור עובדתי של המטופל, מלווים, הסביבה.	O OBJECTIVE & OBSERVATIONS
<ul style="list-style-type: none"> • תפקוד (פיזי, קוגניטיבי, רגשי, התנהגותי, משפחתי, חברתי) • רשימת הבעיות (על-פי התרשמות העו"ס) • משאבים (אישיים, משפחתיים, קהילתיים) • גורמים מעכבים (אישיים, משפחתיים, קהילתיים) • הערכה מסכמת 	הערכה ביו-פסיכו-סוציאלית מבוססת על מידע שהתקבל ב S וב O אבחנה מבדלת	A ASSESSMENT

פירוט	הסבר	
<ul style="list-style-type: none"> • כתיבת תוכנית טיפול הכוללת: מטרות ויעדים, חוזה טיפולי, שיטת ההתערבות (טיפול פסיכו-סוציאלי, תיווך, תיאום...), יחידת ההתערבות • מידע חיוני נוסף (מהמטופל ומגורמים נוספים כגון משפחה, גורמים מטפלים) • הדרכת המטופל והמשפחה (על-פי דרישות אקרדיטציה) • הנגשת זכויות (לפרט) • המשך טיפול/הפניה לגורם אחר/תיווך לגורם אחר (לפרט) • קיום חובת דיווח/יידוע • רישום החוזה הטיפולי • אין צורך בהמשך טיפול/התערבות 	<p>תוכנית טיפול והתערבות, כולל החוזה הטיפולי.</p>	<p>P PLAN</p>
<ul style="list-style-type: none"> • גיל, מין, מצב משפחתי • הערכה ביו-פסיכו-סוציאלית (במשפט אחד) • מטרות טיפול (במשפט אחד) • תוכנית התערבות והמלצות 	<p>סיכום התהליך (בשניים שלושה משפטים)</p>	<p>S SUMMARY</p>

שימוש בפרקטיקה מבוססת ראיות לצורכי פיתוח, הטמעה, ויישום הערכה פסיכו-סוציאלית במחלקת שיקום ילדים

יערה שדה, תמר זילברג, דינה אלעד, פנינה ליבר, וונדי חן, רחל דקל,
דפנה גוטמן, עמיחי ברזנר וז'אנה לנדה

תקציר

רקע: קיימות עדויות מועטות לתהליכי הטמעה של הערכה פסיכו-סוציאלית ושל סינון מבוססי ראיות במערכות הבריאות.

מטרת המאמר: המאמר בא לתאר את תהליכי הפיתוח, ההטמעה והשגת הממצאים של הערכה פסיכו-סוציאלית מבוססת ראיות במחלקת שיקום ילדים בבית חולים, שאליה מגיעים ילדים אחרי אירועים רפואיים-טראומטיים.

שיטה: המאמר כולל תיאור תהליך פיתוח והטמעה של הערכה מבוססת ראיות בשני שלבים עיקריים; ראשית, עבודת הכנה בשיתוף עם בעלי העניין המרכזיים במחלקת השיקום, שנית, שלב בניית מערכת תמיכה לשלבי היישום הראשוניים. ההערכה הפסיכו-סוציאלית התבצעה בקרב כ-436 משפחות, וכללה את השאלונים הבאים: תסמיני הפרעה פוסט-טראומטית לילדים (דיווח הילד, ההורה והמטפל); גורמי סיכון פסיכו-סוציאליים (דיווח הורה); תסמיני הפרעה פוסט-טראומטית במבוגרים (דיווח הורה ומטפל).

ממצאים: לצד האתגרים, צוות המחלקה והמשפחות שיתפו פעולה עם תהליך ההטמעה של פרוטוקול ההערכה הפסיכו-סוציאלי. ממצאי ההערכה הצביעו על 29% מהילדים, על כ-25.7% מהאימהות ועל כ-18% מהאבות שדיווחו על תסמינים פוסט-טראומטיים מעל הרף הקליני. רמות הסיכון הפסיכו-סוציאלי התפלגו באופן הבא: כ-47% מהמשפחות מתפקדות ברמה טובה, 39% ברמת סיכון בינונית וכ-14% מהמשפחות נמצאות בסיכון פסיכו-סוציאלי מוגבר.

מסקנות: ביצוע הערכה פסיכו-סוציאלית בשיקום כלל אינטגרציה בין המומחיות המקצועיות לראיות העדכניות מהספרות ולהתחשבות בעמדות ובתפיסות המטופלים. שילוב זה הינו חיוני במערכת הבריאות הציבורית לצורך קבלת החלטות טיפוליות שקולות ומבוססות על הראיות העדכניות.

מלות מפתח: הסתגלות הילד, אירועים רפואיים-טראומטיים, הורות, מצוקה פוסט-טראומטית, שיקום, הערכה מבוססת ראיות

מבוא

פגיעות חמורות בילדים מתרחשות עקב נסיבות שונות - תאונות דרכים, שרפות, נפילות, טביעה, ירי ועוד, כמו גם התפרצות ראשונית של מחלה כרונית קשה והליכים רפואיים מורכבים. למצבי משבר אלו יש השפעות ניכרות על ילדים ועל משפחות ברחבי העולם. בנסיבות אלה, מתוך כ-2.9 מיליון ילדים החיים בישראל בשנת 2018, כ-21% מהילדים הגיעו לחדרי המיון, מתוכם כשני שלישי (65%) בעקבות מחלה, וכשליש (35%) עקב היפגעות בתאונות ועקב פציעות מכל סוג שהוא (המועצה לשלום הילד, 2019).

כאשר נגרמת פגיעה משמעותית בתפקוד הפיזי או הקוגניטיבי, ילדים מתאשפזים באחת משלוש מחלקות שיקום הילדים בארץ. מחלקת שיקום ילדים מאופיינת בעבודת צוות אינטר-דיסציפלינרית נרחבת, אשר מטרתה לשפר באופן תואם את היכולות התפקודיות, הקוגניטיביות והרגשיות-התנהגותיות של הילד, בהתייחס לחומרת הפגיעה ולשלב ההתפתחותי שבו הוא נמצא. אשפוז במחלקת שיקום נועד גם לסייע ולתמוך במשפחות הנמצאות בשלבים שונים של תהליך ההתמודדות עם השלכות האירוע הרפואי-הטראומתי ועם המציאות המשפחתית החדשה, מציאות אשר עלולה לכלול מצבים רפואיים כרוניים, צורכי טיפול אינטנסיביים, והגבלות תפקודיות משמעותיות (Cohen, 2009).

בטיפול בילדים במערכת הבריאות - בעקבות גישה ממוקדת משפחה (Kuo et al., 2012), שבה מתמקד המאמר הנוכחי - כלי סינון (screening) ואבחון של צרכים פסיכו-סוציאליים וסביבתיים עשויים לספק מידע רב ערך לצוות הרפואי (אמיר וסלקובסקי, 2012). במקרים שבהם האשפוז ממושך, על בסיס האבחון ניתן אף להחליט על תוכנית הטיפול האינטר-דיסציפלינרית המתאימה לצורכי המשפחה (לדוגמה, תכנון תדירות הפגישות עם המשפחה) (Kazak, Schneider et al., 2015).

בעוד שכיום קיים גוף ידע רחב שעליו מתבסס הצורך בסינון ובהערכה מבוססת ראיות לכל המשפחות הנכנסות למערכת הרפואית, קיימות עדיין עדויות מועטות לתהליכי הטמעה של הערכה וסינון מבוססי ראיות במערכות הבריאות, בהתחשב בחסמים הפוטנציאליים ליישום (Kazak et al., 2019). על כן, מטרת מאמר זה הוא לתאר את הגיבוש, את הפיתוח ואת היישום של הערכה פסיכו-סוציאלית במחלקת שיקום ילדים בבית החולים לילדים על-שם אדמונד וילי ספרא, במרכז הרפואי שיבא, תל השומר. נוסף על כך, יוצגו ממצאי היישום ודיון באתגרים בהטמעה ובאופן ההתמודדות עימם. לסיכום יוצגו מסקנות והמלצות בנוגע ליישום של תהליכים מסוג זה על שדות עבודה נוספים שבהם עובדים סוציאליים לוקחים חלק.

פרקטיקה מבוססת ראיות: עבודה סוציאלית במערכת הבריאות

פרקטיקה מבוססת ראיות מדגישה את האתגר החשוב שבתרגום הידע המקצועי להתערבויות ולגישות טיפול ברפואה ובמקצועות הבריאות השונים, במטרה לספק איכות טיפול טובה יותר (שדמי ואח', 2014). שורשי העיסוק בפרקטיקה המיטבית הם אתיים ומקצועיים, ונובעים מהדרישה לטפל באמצעות הכלים המקצועיים ביותר. בדומה למגמות הכלל-עולמיות, גם בישראל ההתעניינות בגישה גדלה בקצב מהיר בשני העשורים האחרונים (פרוש, 2003), ובמקביל, בתחום העבודה הסוציאלית החלה להתפתח פרקטיקה מבוססת ראיות כפועל יוצא של הרחבת הפרקטיקה המחקרית ומנגנוני העברת המידע (שדמי ואח', 2014). אחד ממאפייניה הבולטים של העבודה במערכת הבריאות

היא הדרישה המתמדת לביצוע מחקרים כדי לשפר את איכות הטיפול הניתן בהתאם לפרקטיקה המבוססת על ראיות ברפואה, אשר עודדה עובדים סוציאליים להשתתף במחקרים רב-מקצועיים במקום עבודתם, כמו גם לגלות יוזמה מחקרית כדי להעריך את הפרקטיקה שלהם (סוסקולני, אוסלנדר וכן שחר, 2019).

מעצם טיבו של המקצוע, היה המודל הרפואי (איסוף נתונים - אבחנה - טיפול) נר לרגלי העובד הסוציאלי כבר בשלבי התפתחותו הראשוניים, כאשר התפתחות המקצוע וזהותו הייחודית, כמו גם התפתחויות המדע, תרמו להתרחקות מהמודל הרפואי הקלסי וחייבו פיתוח שיטות התערבות חדשות (אמיר וסלקובסקי, 2012). שיטות אלה חייבו התייחסות חברתית-משפחתית-מערכתית במקביל לטיפול הרפואי (סוסקולני ואח', 2019), כאשר במסגרת גישה הוליסטית ואקולוגית זו הושם דגש על הקשר בין הגוף לנפש ועל התייחסות אל האדם בהקשר החברתי שבו הוא מתפקד (אמיר וסלקובסקי, 2012).

נהלים פנימיים אשר גובשו במהלך השנים, הוטמעו בהדרגה בעבודה הסוציאלית, והביאו להגדרת תקנון של אופני טיפול בעבודה סוציאלית מבוססת ראיות בבתי החולים ובקהילה (סוסקולני ואח', 2019). במקביל, התפתחו שיטות התערבות רבות בתחום הפסיכו-סוציאלי במצבי מחלה ונכות שאותן ניתן למיין על-פי כמה פרמטרים: קהל היעד, משך ההתערבות, הקשר ההתערבות, התמודדות עם מחלה מסוימת ועוד (אמיר וסלקובסקי, 2012).

מודלים תאורטיים בשיקום ילדים

אחת הדוגמאות לחלופה למודל הרפואי, אשר נותנת מסגרת מושגית לכל התהליך השיקומי, ומאפשרת שפה מקצועית משותפת לכלל הצוות השיקומי היא מודל ה-ICF (International Classification of Functioning, Disability, and Health). המודל מתבסס על תבנית עבודה של ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization, 2007) הרואה במגבלות ביכולת התפקודית ובמידת ההשתתפות (המידה והאופן שבהם הפרט לוקח חלק בחיים החברתיים והציבוריים) תוצאה מורכבת של הקשרים בין הלקות הגופנית (מידת הנזק הספציפי לגוף) לבין גורמים תוך-אישיים ובין-אישיים ("הסביבה").

מודל ה-ICF-CY בגרסתו המותאמת לילדים ולמתבגרים (Children & Youth Version) מדגיש את חשיבות הסביבה והמשפחה כשותפים מלאים לתהליך השיקומי, בהתאמה עם גישת ה-FCC (family centered care) (Kuo et al., 2012). בעבודה עם ילדים, גישה ממוקדת משפחה מאופיינת בטיפול אינטר-דיסציפלינרי, המשדר כלפי המשפחה כבוד רב. במסגרת זו, מידע מועבר באופן הדדי, והוא זה שמאפשר קבלת החלטות מושכלות ובו-בזמן היענות להעדפות המשפחה ולבחירותיהם, תוך מתן חשיבות מהותית לשיתוף הפעולה בין המשפחה והצוות המטפל (King & Chiarello, 2014; Kuo et al., 2012).

בתחום שיקום ילדים באופן ספציפי, ישנה הכרה הולכת וגוברת כי העבודה הטיפולית מערבת ידע רב, המשלב התנסות מקצועית ייחודית לכל מקצוע עם יישום הערכות מבוססות ראיות (Everhart et al., 2019). שימוש בכלי הערכה מבוססים ראיות בשיקום ילדים מסייע למקד ולתכנן את העבודה עם המשפחות סביב מטרות רלוונטיות כאשר נוצרת שפה מקצועית משותפת לעבודה בצוות רב-מקצועי, המאפשרת גם לתעד ולהעריך את השינוי כתוצאה מהתערבות טיפולית (Dijkers et al., 2012). לאור הידע הרב הנכלל בעבודת השיקום, קיימים צורך וחשיבות בהצלבת מידע מגורמים מעורבים

שונים על-מנת להקיף את מלוא אופן התנהגותו של הפרט, דהיינו: "מתודולוגיה רבת-מעריכים" (multiple informants methodology) (Renk, 2005). מתודולוגיה זו לוקחת בחשבון את נקודת המבט של המשתתפים, את עומק תגובתם המדווחת והנצפית ואת הפערים ביניהם, ומאפשרת להבין קשרים שונים להתנהגות ולתפקוד בשדה הטיפולי מתוך ראייה תאורטית רחבה.

במסגרת תהליך גיבוש, פיתוח ויישום של הערכה פסיכו-סוציאלית אשר נעשה במחלקתנו, התבססנו על שילוב בין העקרונות שתוארו לעיל; הערכה מבוססת ראיות, ודיווח רב-מעריכים של הילד, של ההורים, ושל הצוות המטפל במקרה של טראומה רפואית.

פרקטיקה מבוססת ראיות: אירועים רפואיים-טראומטיים בילדים

בשנים האחרונות הולכת ומתבססת תמיכה רחבה בחשיבותם של כלי סינון והערכה בקרב ילדים ומשפחות בסביבה הרפואית, בקרב קבוצות וארגונים מובילים בעולם בתחום רפואת הילדים, כסטנדרט לטיפול באוכלוסייה זו (Kazak et al., 2015), תוך קריאה לשיפור הטיפול הפסיכו-סוציאלי הניתן למשפחות המתמודדות עם מצבים רפואיים מורכבים של ילדם (Kazak et al., 2020). סטנדרטים אלו לטיפול מבקשים להדגיש את הצורך בטיפול מבוסס ראיות לכל המשפחות המתמודדות עם פציעה או עם מחלה של ילדים, במטרה לשפר את בריאותם, להגביר את זמינות השירותים הרפואיים, ולהפחית פערים במתן שירותים רפואיים על-ידי הפחתת המצוקה של המשפחות, התייחסות לגורמי סיכון ושיפור איכות החיים (Kazak et al., 2020).

השלב הראשון בעמידה בסטנדרטים אלו כולל שימוש בכלי סינון והערכה מבוססי ראיות בתחום רפואת הילדים עבור כל המשפחות הנכנסות למערכת הרפואית (Kazak et al., 2017) אשר יאפשרו איתור של ילדים ומשפחות בסיכון למצוקה רגשית משמעותית בעקבות האירועים הרפואיים, ובסיכון לאלימות ולהזנחה מסוגים שונים (Dubowitz et al., 2009; Kazak et al., 2018).

ההתעניינות הגוברת באוכלוסייה זו בשנים האחרונות נובעת בין היתר מההכרה בכך שמצבים הנובעים מפגיעה גופנית או מאבחנה חדשה של מחלה בקרב ילדים והוריהם המלווים אותם, עשויים לענות על ההגדרה של אירועים רפואיים-טראומטיים (traumatic medical events), המוגדרים כ"מערכת של תגובות פסיכולוגיות ופיזיולוגיות בקרב ילדים ובני משפחותיהם בתגובה לכאב, פציעה, מחלה קשה, הליכים רפואיים וחוויות טיפול פולשניות או מעוררות פחד. תגובות אלה עשויות לכלול תסמינים של עוררות יתר, של חוויה מחדש או של הימנעות. עוצמות התסמינים משתנות, והן קשורות לתפיסות הסובייקטיביות של האירוע, ויכולות לפגוע בתפקוד" (National Child Traumatic Stress Network, 2020).

בהמשך לכך, המחקר על אירועים רפואיים-טראומטיים בקרב ילדים צבר תאוצה לאורך השנים האחרונות (Christofferson et al., 2019; Price et al., 2015), כאשר הבנת חשיבותם המכרעת של ההיבטים הפסיכו-סוציאליים של המשפחה על הסתגלות הילד הפכה להיות מוקד משמעותי של התעניינות בתחום (Christofferson et al., 2019). מבין מאפייני ההסתגלות, מחקרים אלו מצביעים על אחוזים גבוהים של תסמינים פוסט-טראומטיים, הן עבור הילד והן עבור ההורים, הנעים בין 18% ל-33% לאחר אירוע רפואי-טראומטי (Price et al., 2015). מצוקה משמעותית זו בקרב הילד ובני משפחתו נחשבת כיום תגובה נורמטיבית, והיא אף מוגדרת כשלב בתהליך ההתמודדות לאחר האירוע הרפואי-הטראומטי (Kassam-Adams & Lucas, 2017).

המודל האינטגרטיבי לבחינת טראומה רפואית בקרב ילדים (Kazak, 2006; Price et al., 2015) מציע מסגרת מושגית להבנה ולמניעה של תגובות דחק רגשיות בקרב משפחות וילדים על-פי אטיולוגיות שונות ועל ציר הזמן, וכולל שלבי התמודדות חשובים בתהליך ההחלמה של הילד ושל משפחתו בעקבות האירוע הרפואי-הטראומתי. בכל שלב נדרשת הערכה של מצב ההתמודדות, בדגש על חשיבות נקודת המבט האקולוגית-חברתית לצורך התערבות אופטימלית, כאשר הילד הוא חלק ממערכת רחבה הכוללת קשרים ותפקודים פסיכולוגיים שונים (Christofferson et al., 2019; Kazak et al., 2018)

על בסיס מודל זה פותח ה-PAT (Psychosocial Assessment Tool) (Pai et al., 2008), אשר נועד להעריך גורמי סיכון ומשאבי התמודדות פסיכו-סוציאליים להסתגלות המשפחה במהלך אשפוז רפואי. המודל מורכב משבעה סולמות: מבנה המשפחה ומשאבים; גורמי תמיכה; קשיים קודמים של הילד ושל ילדים נוספים במשפחה; קשיים של ההורים; מצוקה נפשית בעקבות האירוע; תפיסות המשפחה את האירוע; ותפיסותיהם את המצב הרפואי של ילדם. ה-PAT מאפשר סיווג של המשפחות בפרימדיה בת שלוש רמות סיכון, ומסייע גם לתכנן תוכנית טיפול המותאמת לצורכי המשפחה במהלך האשפוז, כך שמטרתו העיקרית היא מניעה והפחתה של מצוקה פוסט-טראומטית של הילד ושל הוריו (פירוט נוסף של הכלי נמצא בפרק הדין בשיטה) (Kazak et al., 2018).

על אף השימוש הנרחב בכלי הערכה זה במסגרת אבחנות מגוונות לאחר אירועים רפואיים-טראומטיים בשנים האחרונות (Law et al., 2019; McCarthy et al., 2016; Reader et al., 2020; Verma et al., 2020), ככל הידוע לנו, גורמי הסיכון הפסיכו-סוציאליים לא נבחנו בקרב משפחות בשיקום ילדים.

נוסף על כך, מחקרים מראים כי מטפלים שיקומיים במקצועות השונים (פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, קלינאות תקשורת, פסיכולוגיה, עבודה סוציאלית) אינם נוטים להשתמש בכלי הערכה באופן שיטתי וכחלק משגרת עבודתם (King et al., 2011). האתגרים בתהליכי הטמעת הערכות שיטתיות מבוססות ידע בקרב אנשי טיפול פסיכו-סוציאליים באופן ספציפי, מוסברים בספרות בין היתר במאפיינים הייחודיים של מקצועות הטיפול ושל הליכי ההכשרה האקדמיים במקצועות אלה (Lilienfeld et al., 2013). ייתכן כי תפיסות של אנשי טיפול בהבנת הטבע האנושי עלולות להוביל אותם להתעלם או לבטל עדויות מדעיות ביחס לשימוש בכלי הערכה או להתערבויות מבוססות ראיות. לדוגמה, מקצועות הטיפול מדגישים את האינטואיציה הטיפולית של המטפל ביחס למטופליו, ביחס לשינוי הטיפולי ולשינוי שהם רואים "במו-עיניהם", מה שמוביל להפחתה בשימוש בכלי הערכה מתוקפים ומהימנים; נוסף על כך, התפיסה כי "כל אדם הוא ייחודי" ועל כן לא ניתן לסמוך על כלי הערכה סטנדרטים מאחר שהם לא מאפשרים לזהות את המאפיינים הייחודיים של כל פרט (Lilienfeld et al., 2013); לבסוף, תפיסות שליליות ביחס להטמעת ההערכה עלולות לנבוע מהפער הקיים בין אנשי המחקר לבין המטפלים בשדה, וכישלון של החוקרים בהבנת הקשיים בתרגום הידע המדעי לפרקטיקה, דבר שמוביל לפיצול ולהנגדה של "אנשי המחקר" מול "אנשי הטיפול" ומקשה את העבודה המשותפת (Nelson et al., 2006).

על אף גוף הידע הרחב שעליו מתבסס הצורך בסינון ובהערכה מבוססת ראיות לכל המשפחות הנכנסות למערכת הרפואית, קיימות עדיין עדויות מועטות לתהליכי הטמעה של הערכה וסינון מבוססי ראיות במערכות הבריאות (Kazak et al., 2019). בהתחשב בחסמים הפוטנציאליים ליישום ובאתגרים הקיימים בספרות, מאמר זה מבקש לתאר את תהליכי הגיבוש וההטמעה ואת ממצאי היישום של הערכה פסיכו-סוציאלית מבוססת ראיות במחלקת שיקום ילדים בישראל, ולדון במסקנות ובהשלכות של תהליך זה על תחומים נוספים.

שיטת המחקר

הליך הפיתוח וההטמעה

צעד ראשון: עבודת הכנה בשיתוף עם בעלי העניין המרכזיים

הצעדים הראשונים בגיבוש הערכה פסיכו-סוציאלית כללו תהליך משותף של ראשי הצוותים (עבודה סוציאלית ופסיכולוגיה), צוות המחקר (ראש צוות המחקר ועוזרת המחקר האחראית על תוכנית ההערכה), רופאים בכירים במחלקה ומנהל המחלקה. בתחילת התהליך התקיימו מפגשי חשיבה שעסקו במטרות ההערכה, בגיבוש תוכניות הערכה ראשוניות ובדרכים לגיוס אנשי צוות לתמיכה בתוכנית ולשיווק של ההערכה. המטרה הייתה לרתום את הצוות הפסיכו-סוציאלי כולו ליישום ההערכה בשטח. שלב זה התבסס על מודלים אינטראקטיביים של תרגום ידע (Russell et al., 2010), אשר מחייבים אינטראקציה בין יצרני וצרכני הידע לאורך כל התהליך ולא רק בשלב מסוים שלו. כך שלמעשה מדובר בתהליך ספירלי, שבו שיתוף הפעולה בין הידע התאורטי של החוקר והידע הטיפולי של אנשי השטח יוצרים יחד סוג חדש של ידע (Oborn et al., 2013). במסגרת המפגשים נערכה סקירת ספרות נרחבת במטרה לאתר ולכלול את המשתנים המשמעותיים להסתגלות של ילדים ושל משפחתם לאחר אירוע רפואי-טראומתי, ואת הכלים הנמצאים בשימוש בארץ ובעולם בהערכתם.

מבין הכלים שנמצאו, נבחרו שאלונים תקפים ומהימנים שמקורם בשפה האנגלית וקיים להם תרגום תקף ומהימן בעברית. עבור כלים שלא היה להם תרגום, השאלונים עברו תרגום באישור המחברים ובדיקה חוזרת של מהימנות ותוקף בגרסתם בעברית, כמקובל.

צעד שני: בניית מערכת תמיכה לשלבי היישום הראשוניים

לאחר גיבוש המבנה הראשוני של ההערכה, התקיימה סדנה ראשונית של כשלוש שעות לצוות הפסיכו-סוציאלי במחלקה (פסיכולוגים ועובדים סוציאליים) להיכרות עם המודלים התאורטיים ועם כלי סינון והערכה. מונה איש צוות שתפקידו היה קביעת תזכורות למטפלים דרך כתובת מייל ייעודית, חפפת אנשי צוות חדשים על הליך ומבנה ההערכה ועדכון ראשי הצוותים במקרים שבהם עולים קשיים במילוי (חוסר שיתוף פעולה של המטפל או של המשפחות). המטפלים הונחו למסור לידי המשפחות את שאלוני ההערכה למילוי ולקבלם בסיום תהליך הקבלה. המטפלים נדרשו גם הם למלא שאלוני הערכה פסיכו-סוציאלית על המשפחה, המורכבים משאלונים דומים לאלו שהמשפחה ממלאת, בהתאם לגישת הערכה "רב-מעריכים" שתוארה במבוא. מדי מספר חודשים הצוות הפסיכו-סוציאלי המוביל ערך פגישות עם כלל הצוות הפסיכו-סוציאלי, הציג את ממצאי ההערכה, ערך חשיבה משותפת על המבנה ועל הכלים וענה על שאלות. במסגרת מפגשים אלו הציפו המטפלים אתגרים שונים ביישום ההערכה: קשיים בגיוס המשפחות למילוי ההערכה; הזמן שאורך למשפחות לביצוע ההערכה ולמטפלים לקידוד השאלונים; עדיפות לניצול הזמן במתן מענה רגשי למשפחות; קושי בתיווך של ממצאי ההערכה לצוות האינטר-דיסציפלינרי; קשיי שפה ושיקולים תרבותיים אחרים של המשפחות; וגם חשש שבוחנים את פועלם, לדוגמה: אם ההערכה שלהם לא תהיה בהלימה עם ההערכה של המשפחה את עצמה, עלולה להצטייר תמונה של היכרות לא מספקת או חוסר מקצועיות באבחנה. במקביל אכן נצפו שיעורי היענות נמוכים למילוי השאלונים, ושימוש מוגבל בשאלון ככלי הערכה בעבודת המחלקה השוטפת.

בתקופה הזמן השנייה של התהליך ובעקבות האתגרים שהצוות הציג ביישום ההערכה, נערכו שינויים במבנה ההערכה בהתאם למשוב מהמטפלים (שימוש בשאלון מקוצר, הסרת שאלון להערכה משפחתית בגרסת מטפל ועוד). שינוי נוסף כלל החלטה כי השאלונים לא יימסרו למשפחות למילוי עצמי, אלא ימולאו יחד עם המשפחות בזמן הפגישות, כריאיון קליני. עוד סוכם שממצאי ההערכה ידווחו במסגרת ישיבות הצוות הרב-מקצועי, בניסיון ליצור שפה משותפת לכלל הצוותים המקצועיים.

מתוך הצוות אשר לקח חלק בהליך ההערכה בפועל, מובילי ההערכה ליוו את התהליך לכל אורכו, בעוד שיתר הצוות הפסיכו-סוציאלי (עובדים סוציאליים ופסיכולוגים) אשר היה שותף לאורך השנים, עבר שינויים. על אף שינויים אלה בהרכב הצוות, נראה כי גיבוש והטמעת ההערכה סייעו בשמירה על רצף העבודה. החל משנת 2017 ההערכה הפסיכו-סוציאלית התרחבה, וכללה גם "פרוטוקול שחרור" עם הכנסת הערכה פסיכו-סוציאלית לתהליך השחרור כמיזם מחקרי. צוות המחקר פנה למשפחות והציע למשפחה להשתתף במחקר, תוך מתן הסבר על חשיבותו עבור איכות הטיפול השיקומי. בני המשפחה שהסכימו חתמו על טופסי הסכמה מדעת להשתתפות במחקר ולשימוש בשאלונים בשתי נקודות הזמן. לקראת שחרור המשפחה מהמחלקה, המשפחות אשר מילאו את השאלונים בנקודת הזמן הראשונה (T1), התבקשו למלאם שוב, לצורכי מחקר (T2). המחקר קיבל את אישור ועדת האתיקה של המרכז הרפואי.

איסוף הנתונים

הנתונים נאספו מארבעה מקורות: (1) שאלונים ובהם דיווח עצמי של המשפחות כחלק מהערכה מבוססת ראיות בכניסה למחלקה (אם, אב וילד מעל גיל 7); (2) שאלונים ובהם דיווח עצמי של המשפחות כחלק מאיסוף נתונים מחקרי בשחרור מהמחלקה (3) שאלוני הערכה של אנשי הצוות הפסיכו-סוציאלי; (4) מידע מהתיקים הרפואיים הכולל מאפיינים של האירוע הרפואי ומאפייני האשפוז.

שאלונים

ההערכה בגרסתה העדכנית (גרסת המשפחות וגרסת אנשי הצוות) כוללת את המדדים הבאים:

תסמיני הפרעה פוסט-טראומטית בילדים: דיווח הילד והורה

התסמינים נמדדו על-ידי שאלון למילוי עצמי - CPSS (Child Posttraumatic Symptom Scale) (Foa et al., 2001): בשאלון 17 שאלות המבוססות על הקריטריונים לאבחון הפרעה פוסט-טראומטית (PTSD) בקרב ילדים בגילאים 10-18, על-פי המגדיר האבחוני DSM-4. הוא כולל שאלות להערכת כל שלושת אשכולות התסמינים: חודרנות ("מחשבות מטרידות על האירוע קופצות לראשי כאשר אני לא רוצה בהן"), הימנעות ("אני מנסה להימנע מפעילות, אנשים ומקומות שמזכירים לי את האירוע") ועוררות-יתר ("אני 'קופצני' מאוד וקל להפחיד אותי, למשל, כשמישהו מתקרב אליי מאחורי). הילד מתבקש לדרג את תכיפות הופעת התסמינים בחודש האחרון על סולם ליקרט בן 4 דרגות, מ-0 - 'בכלל לא', עד 3 - 'כמעט תמיד'. עוצמת התסמינים הפוסט-טראומטיים חושבה בעזרת הציון הממוצע של כל התסמינים הפוסט-טראומטיים שמהם סובל המשתתף. נמצאה מהימנות פנימית לפי אלפא של קרונבר $\alpha=0.881$. אימהות ואבות דיווחו על רמות המצוקה של הילד באמצעות שאלון לתסמיני הפרעה פוסט-טראומטית לילדים - גרסת ההורה (CPSS-P). נמצאה מהימנות פנימית לפי אלפא של קרונבר עבור אימהות $\alpha=0.917$, ואבות $\alpha=0.911$.

תסמיני הפרעה פוסט-טראומטית בילדים: דיווח מטפל

התסמינים נבדקו באמצעות שאלון המתבסס על ריאיון קליני מובנה-למחצה, CAPS-5 (The Clinician-Administered PTSD Scale) (Weathers et al., 2018), המערך את התסמינים הפוסט-טראומטיים על-פי הגדרתם ב-DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). השאלון מורכב מ-20 שאלות המעריכות את קיום התסמינים (כן/לא), המניב ציון דיכוטומי (יש/אין) אבחנה בהתאם לעמידה בקריטריונים, ו/או ציון רציף כולל (בין 0-20), דוגמה לפריט: "האם הילד נראה יותר נסוג ופחות חברותי מאשר פעם?" ונמצאה מהימנות פנימית לפי אלפא של קרונברך $\alpha=0.689$.

גורמי סיכון פסיכו-סוציאליים: דיווח הורה

גורמי הסיכון נבדקו באמצעות שאלון הבוחן גורמי סיכון פסיכו-סוציאליים בהקשר רפואי, הקשורים לילד, למשפחה ולמערכות רחבות סביב המשפחה - PAT (Psychosocial Assessment Tool) (Pai et al., 2008). ה-PAT מורכב משבעה סולמות: מבנה המשפחה ומשאבים; גורמי תמיכה; קשיים קודמים של הילד ושל ילדים נוספים במשפחה (דוגמה לפריט מסולם זה: "האם הילד מתנהג כצעיר מכפי גילו?"); קשיים של ההורים; מצוקה נפשית בעקבות האירוע; תפיסות המשפחה את האירוע; והמצב הרפואי של ילדם. לכל נבדק מחושב ציון רציף עבור כל סולם הנע בין 0-1, וציון רציף כללי לכל השאלון אשר כולל את שבעת הסולמות (0-4) ועל-פיו נקבעת גם רמת הסיכון. בחישוב לפי הסולם ניתן לסווג את המשפחות בפירמידה בת שלוש רמות סיכון: בתחתית הפירמידה ועם מעט גורמי סיכון נמצאות משפחות המסווגות כ"אוניברסליות" (universal), במרכז הפירמידה עם מידה בינונית של גורמי סיכון נמצאות משפחות המסווגות כ-"ממוקדות" (targeted), ובחלק העליון של הפירמידה עם רמות גבוהות של גורמי סיכון ניתן למצוא משפחות המסווגות כ"קליניות". הכלי תורגם מאנגלית לעברית לצורך המחקר הנוכחי על-פי הפרוצדורה המקובלת לתרגום שאלונים משפות זרות (שיטת התרגום החוזר) על-ידי שלוש חוקרות מהצוות הפסיכו-סוציאלי במחלקת השיקום. נמצאה מהימנות פנימית לפי אלפא של קרונברך $\alpha=0.678$.

תסמיני הפרעה פוסט-טראומטית במבוגרים: דיווח הורה

התסמינים נבדקו בשאלון הבוחן תסמינים פוסט-טראומטיים בקרב מבוגרים, המורכב מ-17 שאלות - PDS (Posttraumatic Diagnostic Scale) (Foa et al., 1997), המתבסס על קריטריונים לאבחנה על-פי המגדיר האבחנתי DSM-4, בשלושה אשכולות: עוררות יתר, חודרנות והימנעות, על סולם מסוג ליקרט בן 4 דרגות (0-3). לדוגמה: "אני חולם חלומות רעים או סיוטים". לכל נבדק מחושב ציון של סכום הפריטים, כאשר תוצאה גבוהה יותר מצביעה על סימפטומים פוסט-טראומטיים רבים יותר (0-51), נמצאה מהימנות פנימית לפי אלפא של קרונברך $\alpha=0.916$.

תסמיני הפרעה פוסט-טראומטית במבוגרים: דיווח מטפל

התסמינים נבדקו באמצעות שאלון המתבסס על ריאיון קליני מובנה-למחצה - CAPS-5 (The Clinician-Administered PTSD Scale) (Weathers et al., 2018), המערך את התסמינים הפוסט-טראומטיים על-פי הגדרתם ב-DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). השאלון מורכב מ-20 שאלות - לדוגמה: "האם קיימים שיבושים בשינה?" - המעריכות את קיומם של התסמינים (כן/לא), ומניבות ציון דיכוטומי (יש/אין) אבחנה בהתאם לעמידה בקריטריונים, או ציון רציף כולל (בין 0-20), נמצאה מהימנות פנימית לפי אלפא של קרונברך $\alpha=0.788$.

ממצאים

מתחילת תהליך ההטמעה של כלי ההערכה בשנת 2011 ועד דצמבר 2019 מילאו 436 משפחות ו-247 אנשי צוות שאלוני הערכה פסיכו-סוציאליים. מאפיינים דמוגרפיים של המשפחות מצביעים על כ-59% בנים ($n=353$) מתוך סך הילדים המאושפזים. התפלגות גיל הילדים היא כדלקמן: 37% עד גיל 7, 33% בגילאים 7-13, והיתר בני 13-18. מבין האבחנות, האבחנה השכיחה ביותר היא פגיעות ראש (47.8%), פגיעות אורתופדיות (15%), פגיעות חוט שדרה (8%), כוויות (2%) ואבחנות אחרות (27.2%). מרבית הילדים היו יהודים (90%) והיתר ערבים.

תיאור עוצמת התסמינים הפוסט-טראומתיים של הילד, של האם ושל האב, וגורמי הסיכון הפסיכו-סוציאליים

לוח 1 מציג את הממוצעים, את השכיחויות ואת סטיות התקן של עוצמת התסמינים הפוסט-טראומתיים בקרב הילדים והוריהם ושל גורמי הסיכון הפסיכו-סוציאליים והסולמות המרכיבים אותו במדגם הכולל. מתוך המדגם הכולל, כ-29% מהילדים דיווחו על תסמינים פוסט-טראומתיים מעל לציון החתך המקובל (≤ 15) (Kassam-Adams et al., 2015), אימהות ואבות דיווחו על תסמינים פוסט-טראומתיים אצל כ-29.7% מהילדים. מטפלים דיווחו על תסמינים פוסט-טראומתיים בקרב כ-17% מהילדים מעל לגיל 7, ובקרב כ-35% מהילדים מתחת לגיל 7. באשר למצוקת ההורים, כ-25.7% מהאימהות דיווחו על תסמינים פוסט-טראומתיים מעל ציון החתך המקובל (≤ 23) (Sheeran & Zimmerman, 2002), ואותה שכיחות דווחה גם על-ידי המטפלים על תסמינים פוסט-טראומתיים בקרב האימהות. כ-18% מהאבות דיווחו על תסמינים פוסט-טראומתיים, ומטפלים דיווחו על כ-16% מהאבות הסובלים מתסמינים פוסט-טראומתיים.

בסיווג כלל המשפחות לשלושת רמות הסיכון הפסיכו-סוציאלי, כ-46.8% מהמשפחות סווגו כ"אוניברסליות" (רמת סיכון נמוכה), כ-39.9% מהמשפחות סווגו כ"ממוקדות" (רמת סיכון בינונית), וכ-13.3% מהמשפחות סווגו כמשפחות "קליניות" (רמת סיכון גבוהה).

תחום	*N	ממוצע	סטיית תקן	טווח	שכיחות %
1. תסמינים פוסט-טראומטיים - ילד					
דיווח עצמי (CPSS)	208	12.08	9.99	0-50	28.8
דיווח אם על ילד (CPSS-P)	354	11.62	10.47	0-50	29.7
דיווח אב על ילד (CPSS-P)	232	10.83	9.35	0-40	29.7
דיווח מטפל על ילד < גיל 7 (CAPS-5)	119	5.39	3.86	0-17	16.8
דיווח מטפל על ילד > גיל 7 (CAPS-5)	45	4.88	3.96	0-16	35
2. תסמינים פוסט-טראומטיים - אמה					
דיווח עצמי (PDS)	404	13.34	11.02	0-49	25.7
דיווח מטפל* (CAPS-5)	183	8.81	5.43	0-20	26
3. תסמינים פוסט-טראומטיים - אבא					
דיווח עצמי (PDS)	277	10.74	9.99	0-45	18
דיווח מטפל* (CAPS-5)	94	7.08	5.31	0-20	16
4. גורמי סיכון פסיכוסוציאליים (PAT)	436	1.67	0.71	0-3	-
אוניברסלי	204	-	-	0-1	46.8
ממוקדות	174	-	-	1-2	39.9
קליניות	58	-	-	2-3	13.3

הערה: *גודל המדגם (n) היה שונה בין המדווחים השונים (ילד, אמה, אבא, מטפל)
 CPSS = Child PTSD Symptom Scale; CPSS-P = Child PTSD Symptom Scale Parent Version; CAPS-5 = Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents; PDS = Posttraumatic Diagnostic Scale; PAT = Psychosocial Assessment Tool

דיון

מאמר זה מבקש להציג ממצאי יישום ראשוניים של הערכה פסיכו-סוציאלית מבוססת ראיות במחלקת שיקום ילדים, ולתאר את תהליך הגיבוש וההטמעה של הערכה זו. נדון כעת בממצאי היישום: בהליך הטמעתו; באופן שבו הוא הוביל לשיפור בטיפול הניתן למשפחות; באתגרים בהטמעה וביישום, ובאופן ההתמודדות עם אתגרים אלה; לסיום נדון במסקנות ובהמלצות להמשך יישום הערכה מסוג זה גם בתחומים אחרים שבהם עוסקים עובדים סוציאליים.

מאפייני הילדים, ההורים וגורמי הסיכון הפסיכו-סוציאליים

הממצאים מתוך ההערכה מבוססת הראיות מראים כי שכיחות התסמינים הפוסט-טראומטיים במחלקתנו תואמת את דיווחי הספרות העולמית על ילדים לאחר אירועים רפואיים-טראומטיים, המתארת כי 22%-42 מהילדים מתמודדים עם תסמינים פוסט-טראומטיים (PTSS) בעקבות מחלות או תאונות (Price et al., 2015). שכיחות פוסט-טראומה בקרב אימהות לילדים לאחר אירוע רפואי-טראומתי במחקר זה נמצאה גבוהה יחסית למחקרים מהעולם המצביעים על כ-19.6%, בהשוואה

ל-11.6% בקרב אבות (Cabizuca et al., 2009). סיווג ממוצע של המשפחות לפי רמות הסיכון הפסיכו-סוציאלי ברחבי העולם מצביע על 55% כ"אוניברסליות" (רמת סיכון נמוכה), 34% כ"ממוקדות" (רמת סיכון בינונית) ו-11% כ"קליניות" (רמת סיכון גבוהה). בהשוואה לנתוני המדגם שלנו, כ-46.8% מהמשפחות סווגו כ"אוניברסליות", כ-39.9% מהמשפחות סווגו כ"ממוקדות", וכ-13.3% מהמשפחות סווגו כמשפחות "קליניות". לפיכך, אחוזי המשפחות ה"ממוקדות" וה"קליניות" בישראל, במחקר הנוכחי, הינו גבוה מאלו אשר דווחו בעולם (Kazak et al., 2018).

עם זאת, מחקר עדכני אשר בחן את רמות הסיכון בקרב אוכלוסיית ילדים עם צרכים רפואיים מורכבים מצא התפלגות דומה של רמות הסיכון (Verma et al., 2020); ההסבר הניתן במאמר התייחס לעומס הטיפולי המוטל על משפחות אלו, כמו גם סכנת החיים המרחפת מעל אוכלוסיית הילדים עם צרכים רפואיים מורכבים.

דרך נוספת להבין את רמות הסיכון הגבוהות אשר נמצאו במחקר זה, ובאופן ספציפי לפציעות בילדים (בניגוד לאבחנה חדשה של מחלה), יכולה להיות קשורה גם למאפיינים פסיכו-סוציאליים קודמים של המשפחה, ובאופן ספציפי - להשגחה הורית טרם האירוע. בשנים האחרונות חוקרים מציעים כי החלוקה המקובלת בין פציעות מכוונות (התעללות והזנחה) ולבין פציעות כתוצאה מתאונות (לא מכוונות) הינה חלוקה מלאכותית, וזאת מאחר שגורמי הסיכון הפסיכו-סוציאליים הקודמים של המשפחות אשר מסבירים את שני סוגי הפגיעות, הינם דומים ביותר (לדוגמה: מאפיינים דמוגרפיים, אווירה משפחתית כאוטית, מקורות תמיכה מועטים (Coohey, 2007; Morrongiello & Cox, 2020). לפיכך, מחקרים אלו מציעים כי בעוד שאין להניח שכל ילד אשר נכנס למערכת הרפואית בעקבות פציעה סובל מהזנחה הורית ומהעדר השגחה מיטיבה, יש הכרח לבחון מאפיינים פסיכו-סוציאליים של כלל המשפחות המגיעות למרכזים רפואיים בעקבות פציעה של ילדם, כאשר מחקרים מראים כי העדר השגחה הורית קשה וממושכת המתבטאת בהזנחה הורית מגביר את הסיכוי לפציעות לא מכוונות בגינם ילדים מגיעים לאשפוז בבתי חולים (Cohen et al., 2003; Coohey, 2007; Morrongiello & Cox, 2020).

לאור הממצאים במחלקתנו אשר מצביעים על אחוזים גבוהים של משפחות ברמות הסיכון הגבוהות בעת הקבלה למחלקה, הוחלט לבנות מודל התערבות למשפחות בשיקום ילדים אשר יתווה את מהלך האשפוז. המודל מתבסס על מודל המניעה של תסמינים פוסט-טראומטיים של קזאק ועמיתיה (Kazak et al., 2015), אשר נבחן גם במחקרים קודמים בתחום (Kazak et al., 2020). נציין כי מודל ההערכה של קזאק ועמיתיה מציע מודל התערבות המותאם לרמת הסיכון הפסיכו-סוציאלי של שאליה משייכת כל משפחה בתחילת האשפוז. מודל ההתערבות מתווה את תדירות המפגשים הפסיכו-סוציאליים של המשפחה עם הצוות המטפל, והמטרות הן: לחזק את הקשר המתפתח בין הצוות למשפחה; להפחית את הקשיים של המשפחה בהתמודדות עם המצב הרפואי המורכב; ובמיוחד - להפחית או למנוע את התסמינים הפוסט-טראומטיים של הילד ושל הוריו במהלך האשפוז. על בסיס מודל זה, ובעקבות הליך ההטמעה המוצלח במחלקתנו, הכולל סיווג המשפחות לרמות סיכון על-פי החלוקה שתוארה לעיל, בשנה האחרונה החל גם הליך הטמעה של שיטת התערבות זו במחלקתנו. לפיכך, בהתבסס על רמת הסיכון נקבעת תוכנית הטיפול המחלקתית, הכוללת תדירות וסוג פגישות של כלל הצוות הרב-מקצועי עם המשפחה במהלך האשפוז. החל משנת 2021 מודל עבודה זה משמש כמדד מחלקתי במעקב אחר תיאום בין רמת הסיכון לתדירות ישיבות המשפחה המתקיימות באשפוז עם הצוות הרב-מקצועי, שעל-פיו תיבחן איכות העבודה של מחלקתנו בפני ההנהלה הכללית של בית החולים.

תהליכי גיבוש, יישום והטמעה של הערכה מבוססת ראיות במחלקת שיקום ילדים

תהליך הגיבוש וההטמעה במחלקת שיקום ילדים טמן בחובו הזדמנות להוביל ולשפר את השירותים הפסיכו-סוציאליים הניתנים למשפחות במחלקתנו, באמצעות הטמעה של עבודה מבוססת ראיות, תוך בדיקה מתמדת של העשייה בשטח. יחד עם ההזדמנות לטיוב השירותים, יישום ההערכה הוא אתגר גדול, שהצריך שינוי רב-מערכתי ארוך טווח, ברמה הרעיונית והביצועית.

נדון כעת ביעילות וביתרונות של תהליך זה, כמו גם באתגרים בתהליך הגיבוש של הערכה מבוססת ראיות, תוך חלוקה לארבע רמות עיקריות (King et al., 2011): **המטופל, המטפל, הקשר הטיפולי, ועבודת הצוות הרב-מקצועי.**

ברמת **המטופל ומשפחתו**: ההערכה המועברת למשפחה באופן משותף משדרת שהמטפל מנסה להבין את המחשבות, את התחושות ואת המשאלות של המשפחה באופן לא שיפוטי, מתוך סקרנות רגשית חמה כלפי הילד, ההורים, ההיסטוריה שלהם, האירוע שעברו והקשר ביניהם (Hughes, 2017). באמצעות הערכה זו, הכוללת היבטים משמעותיים להסתגלות המשפחות בעקבות אירוע רפואי-טראומתי של ילדם, למשפחות יש הזדמנות לשתף את הצוות המטפל בהיבטים חשובים אלו, ועל-ידי כך לקבל טיפול המותאם לצורכיהם. תהליך ההערכה הנעשה במשותף עם המשפחה, תוך הפגנת אמפתיה רבה מצד המטפל. נוכחות אקטיבית ותגובתית לחוויה של המשפחה עשויה לסייע למשפחות, בנקודת זמן משברית זו, לווסת את התגובות הרגשיות, להפיג את הבדידות, את הבושה ואת האשמה שההורים והילד חווים לנוכח מצבים מסוימים, ולהוות בסיס משמעותי לקשר בין המטפל הפסיכו-סוציאלי למשפחה במהלך השיקום. אלו עשויים להשפיע על מהלך השיקום כולו ועל השיפור התפקודי של ילדם במהלך האשפוז.

אתגרים אפשריים ברמת המטופל והמשפחה כללו בתחילת הדרך קושי של המשפחות למלא לבד את השאלונים בזמן הפנוי והיענות נמוכה לאור הצפה רגשית, וכן קשיים של משפחות שאינן דוברות עברית למלא את השאלון בעצמן. לאור קשיים אלו הוחלט כי ההערכה תועבר במשותף עם המטפל, כפי שנתאר בהמשך.

ברמת **המטפל**: הודגם לצוות כיצד מידע המתקבל בהערכה יכול לסייע למטפל לבסס הבנה מקצועית המתאימה לצורכי הילד, לסייע בארגון החשיבה הטיפולית ולתמוך בהחלטות המקצועיות אשר מתקבלות ולאושש אותן. אלו יכולים לתרום לידע התאורטי של המטפל, לכישוריו ולניסיונו האבחנתי. דגשים אלו הועברו במסגרת ישיבות צוות ייעודיות, בהדרכה פרטנית, בליווי צמוד בשטח ובנגישות מרבית לכלי ההערכה, במטרה לאפשר לצוות ללמוד ולחוות את היתרונות האפשריים של ההערכה. מבין מטפלים אשר מילאו את ההערכות, עלה חשש כי ההערכה "גוזלת" מזמן הפגישה עם המשפחה, ולא משאירה מספיק זמן למתן מענה רגשי הולם, לצד חשש שבוחנים את פועלם (ניכרו אף חששות מוגברים בקרב חברי צוות צעירים). כדי לתת מענה, ניתנה לחברי הצוות אפשרות להביע את החששות בכל מפגש בנושא, והוסבר כי מטרת ההערכה הייתה ועודנה ללמוד על שיפור הליך ההערכה ולא כהליך בקרה או ככלי מחקר בלבד. נוסף על כך, הודגש כי חלק מעקרונות הגישה רבת-המערכים הינם התייחסות לפערים בין מערכים שונים כמידע משמעותי בפני עצמו, כיוון שפערים אלו מייצגים לא פעם את האופן שבו התנהגויות ומצבים רגשיים שונים באים לידי ביטוי בהקשרים שונים (De Reyes

(Kazdin, 2005). כמו כן, אתגרים דומים נמצאו בספרות בתיאור הליך הטמעה של כלי ה-PAT בארצות הברית, בעבודה עם משפחות ועם ילדים המתמודדים עם מחלת הסרטן (Kazak et al., 2019).

ברמת **הקשר הטיפולי**: במחלקת שיקום ילדים, הליך קביעת מטרות העבודה והטיפול נעשה על-ידי הצוות הרב-מקצועי בשיתוף המשפחה, ואופן הצגת ההערכה למשפחות הוא בעל ערך משמעותי (King, 2009). מטפלים המציגים את ההערכות ככלי משותף בעל ערך אשר יכול לסייע למשפחה ולצוות להבין את הילד, לתקשר האחד עם השני, ולפתח יחסים המבוססים על שיתוף פעולה ועל קבלת החלטות משותפת. שימוש בכלי הערכה תורם כמקדם דיאלוג, כמדגיש את כוחות המטופל והמשפחה, כתורם לביסוס הברית הטיפולית, כמבהיר נושאים עמומים, וכמשפר את הליך קביעת המטרות המשותף (Rivard et al., 2010).

מבין האתגרים שעיימם התמודדנו, מטפלים הביעו את חששם כי שימוש בשאלונים ככלי הערכה עלול ליצור תחושת ריחוק ורשמיות מצד המשפחות, ואף יעוררו ביקורת או שיפוטיות כלפיהם, שאינן מסייעות ביצירת קשר ואף מרחיקות ומדגישות את ההיררכיה בטיפול במחלקה. אתגרים נוספים בספרות מתארים כי מטפלים עלולים להשמיט שאלות מתוך השאלונים שהם לא חשים בנוח להעביר, כי חוששים שישנן שאלות שאינן רגישות למצב המשברי שבו נמצאת המשפחה בשלב זה. לדוגמה, שאלות הכוללות התייחסות לשינוי הדרמטי במצבו של הילד בעקבות האירוע הרפואי-הטראומתי, "האם נכות זה סוף העולם?", על אף שאלו עשויים להיות מוקדי עבודה חשובים (Lilienfeld et al., 2013). במסגרת השיח המשותף עם הצוות בנושא, הודגש הצורך למילוי ההערכה עם המשפחה במהלך המפגש (בניגוד למילוי עצמאי של המשפחות בזמן הפנוי), הושם דגש על האופן שבו המטפל מסביר ועל הניסוח שבו הוא משתמש מול המשפחה, בדגש על האופן שבו ההערכה מסייעת לצוות בטיפול בהם, וכנושאת פוטנציאל גדול ליצירת הקשר הטיפולי וחיזוקו.

ברמת **עבודת הצוות הרב-מקצועי**: כאמור, אחת ממטרות השימוש בכלי הערכה מבוססי ראיות היא שהם מאפשרים שימוש בשפה משותפת, אשר מעודדת תקשורת ותורמת לעבודת הצוות האינטר-דיסציפלינרית (Ketelaar et al., 2008). כך, הצוות הפסיכו-סוציאלי שילב את ממצאי השאלונים בתוך הדיווח בישיבת המחלקה השבועית, באופן שהעמיק את דיוני הצוות ואת היכרות הסקטורים השונים את משאבי המשפחה. התרשמויות סובייקטיביות של מטפלים מהסקטורים האחרים קיבלו בדרך זו מענה יותר אובייקטיבי.

ארן (2018) מתארת כיצד חיי היום-יום בעבודה סוציאלית בצוות רב-מקצועי, לצד פוטנציאל לטיפול מקדם ומועיל, כוללים גם קשיים ומהמורות, כאשר הדיאלוג הדינמי בצוות מייצר לא אחת חוויות מורכבות. המפגש היום-יומי של צוותים רב-מקצועיים עם משפחות ברגעי המשבר הקשים ביותר בחייהם, כשהן מתמודדות עם אירוע טראומתי ועם השלכותיו הרגשיות, ונאלצות במקביל להמשיך ולדאוג למשפחה הנותרת בבית, כולל גם אינטראקציות מתוחות, קונפליקטים וכעסים הדדיים בין המשפחה והצוות הרפואי (Lakatos et al., 2019). מתחים וקונפליקטים אלו מובאים לפתחה של העובדת הסוציאלית בבקשה לעזרה ולפתרון. על-פי ארן (2018), במרחב הייחודי שנוצר במסגרות אלו, העובדת הסוציאלית מתמודדת עם דיאלקטיקות מורכבות של פנים וחוץ ושל מציאות אובייקטיבית וסובייקטיבית, ועליה לגשר בין עולמם האישי של המטופל ומשפחתו לבין הארגון.

אנו מתרשמים כי בתוך הצוות הרב-מקצועי של מחלקתנו, אשר מכיר ומבין את ההשלכות שיש לאירוע רפואי-טראומתי על המערכת המשפחתית כולה, ומכיר גם את כלי ההערכה השונים ומטרתם, יש אפשרות לעובדת הסוציאלית לתקשר בין מגוון של אנשי מקצוע בשפה מקצועית אחידה על-ידי שילוב של נתונים אובייקטיביים מתוך הערכות פסיכו-סוציאליות. באופן הזה, כפי שאנו היינו עדים לו במחלקתנו, ניתן לגלות מקומות חדשים וגשרים אל חברים אחרים בצוות הרב-מקצועי (ארן, 2018).

מגבלות המחקר

מגבלה ראשונה מתייחסת לשימוש בכלי הערכה שונים להערכת תסמינים פוסט-טראומתיים באותו המדגם. בשנים שבו התחיל תהליך הטמעת ההערכה, הכלים המקובלים התבססו על ה-DSM-4 (American Psychiatric Association, 1995). כמה שנים לאחר מכן, כאשר שאלוני המטפלים נכנסו לשימוש, פורסמו שאלונים מותאמים ל-DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) ולאורך מספר שנים בחנו את שביעות הרצון מהגרסה המעודכנת באמצעות ממצאים של חוקרים בתחום אשר התייחסו לנושא, במטרה לעבור לגרסה זו. כאשר נודע לנו כי ישנה ביקורת על השאלון המעודכן (Stein et al., 2016), המשכנו עם הגרסה הישנה, מה שלא אפשר לנו לערוך השוואה בין עוצמות המצוקה הפוסט-טראומטית, אלא רק בין האבחנות של התסמונת הפוסט-טראומטית, קרי, נוכחות או העדר של הפרעה פוסט-טראומטית.

מגבלה שנייה היא שבעוד מחקר זה בחן את ההסתגלות הרגשית של ילדים ושל אימהות באמצעות משתנה של תסמינים פוסט-טראומתיים, לא נעשה שימוש במדדים נוספים הנמצאים קשורים למדד זה בספרות בשעה שהגדרה זו של תפקוד התרחבה לממדים נוספים, וכוללת גם תפקוד רגשי, התנהגותי וחברתי (Pinquart & Teubert, 2011).

נוסף על כך, בעוד שהמידע הנאסף נסמך על גישה רבת-מעריכים הכוללת דיווח עצמי של בני המשפחה, דיווח של ההורים על הילד ודיווח של המטפלים, ניתוח השוואות בין מעריכים הינו מחוץ למוקד של מחקר זה.

השלכות למחקר ולפרקטיקה

המחקר הנוכחי מצטרף לשורה של מחקרים מובילים בעולם, אשר בוחנים הסתגלות ילדים לאחר אירועים רפואיים-טראומתיים, בדגש על גורמי הסיכון הפסיכו-סוציאליים המשפחתיים ועל המצוקה הפוסט-טראומטית של כלל בני המשפחה (Price et al., 2015). בעוד שהטיפול הניתן בבתי חולים לילדים מתמקד בשנים האחרונות בטיפול המבוסס על ראייה משפחתית רחבה, המזהה את חשיבות המשפחה בשיפור בריאותו הגופנית והנפשית של הילד (Everhart et al., 2019), מחקר זה מדגיש את הצורך בחיבור הדוק יותר בין הספרות העוסקת בטיפול רפואי ממוקד משפחה וטיפול רפואי מודע טראומה בילדים (Christofferson et al., 2019).

עם זאת, יש מקום להמשיך במחקרים עתידיים לבחון את ההסתגלות על-פי מדדים נוספים, ולהעריך תחומים רחבים יותר של ההסתגלות מאלו שנבחנו במסגרת ההערכה. כמו כן, השוואה בין מעריכים שונים של אותו המטופל עשויה לאפשר הבנה מעמיקה יותר של התאמות ושל פערים בין תפיסות של גורמים שונים בסביבתו של הילד, ושל האינטראקציה בין תפיסות הסביבה לבין השיפור התפקודי של הילד במהלך השיקום.

גישה מודעת טראומה במערכת הרפואית מבקשת לתת שירות רפואי ופרה-רפואי אשר מגלה הבנה למגוון ההיבטים של אירוע טראומתי במערכת הרפואית ומתחשב בהם, ומבקש לשלב הבנה זו של ההשלכות לאירועים רפואיים-טראומטיים בכל מפגש בין הצוות הרפואי למשפחות (Kassam- Adams et al., 2015). מבין האלמנטים המאפיינים גישה זו, גישה מודעת טראומה מבקשת לבצע הערכה שיטתית של גורמי סיכון פסיכו-סוציאליים ושל תסמינים פוסט-טראומטיים לכל המשפחות הנכנסות למערכת הבריאות; להתייחס ולטפל בתגובות לחץ (כאב, פחד, אובדן); להפחית את הפוטנציאל לכך שהטיפול הרפואי הניתן יהיה טראומתי או יעורר טריגרים טראומטיים; לתת תמיכה רגשית (תיקוף רגשי, תקווה ריאלית); לעודד התמודדות חיובית (שיתוף, מתן אפשרות בחירה, השבת תחושת שליטה חלקית, חזרה לפעילויות תואמות גיל); לספק הכוונה מראש (לדוגמה: תגובות שכיחות לטראומה, הכנה להליכים רפואיים); ולעודד השתתפות ונוכחות של המשפחות במהלך האשפוז (Marsac et al., 2016).

אם כן, השלב הראשון בביסוס גישה מודעת טראומה בעבודה עם משפחות לאחר אירועים רפואיים-טראומטיים הינה ביצוע של הערכה שיטתית של גורמי סיכון פסיכו-סוציאליים עבור כלל המשפחות הנכנסות למערכת הרפואית, כפי שמתואר במאמר זה. זיהוי המצוקה הפוסט-טראומטית של כלל בני המשפחה, תאפשר לתת תמיכה רגשית, הדרכה והכוונה לכל בני המשפחה של ילדים העוברים אירועים רפואיים-טראומטיים. מחקר זה מדגיש כי כאשר ילד עובר אירוע רפואי-טראומתי, המערכת המשפחתית כולה מושפעת מכך, והאירוע הרפואי עלול להיות טראומתי עבור כל אחד מבני המשפחה ועבור המשפחה כמערכת (Christofferson et al., 2019). העמקה זו במאפיינים הייחודיים של המשפחות המתמודדות עם שיקום ילדים, מדגישה את חשיבותן של מערכות התמיכה הסובבות את המשפחות במהלך תקופה קריטית זו, ומחזקת את הצורך בטיפול מודע טראומה במערכת הרפואית.

מקצוע העבודה הסוציאלית במערכת הבריאות מביא לדיון המקצועי ראייה מערכתית רחבה על הילדים המשתקמים במישורי התפקוד השונים - הרגשי, הקוגניטיבי, המשפחתי והחברתי - ובוחן את ההשפעות ההדדיות בין מישורים אלה. בעקבות הקשרים וההלימה בין מישורים אלה מקצוע העבודה הסוציאלית מקדם את ההבנה שמוקד התערבות באחד המישורים יוביל לשינויים במישורים האחרים להשגת המטרות הטיפוליות (Meyer, 1995).

לבסוף, לאור היתרונות והאתגרים הקיימים בעבודה עם צוותים רב-מקצועיים בתחומים השונים שבהם העבודה הסוציאלית לוקחת חלק, ייתכן ושימוש בממצאים אובייקטיביים מתוך הערכה מבוססת ראיות ושילוב ביניהם, עשויים לסייע לעובדים סוציאליים לגייס מומחים שונים בצוות רב-מקצועי להקשבה, לפתיחות וליצירתיות במפגש עם משפחות. אנו רוצים להציע כי היכרות של המומחים השונים עם רכיבי המומחיות וההתנסות האובייקטיביים של העבודה הסוציאלית כפי שבאים לידי ביטוי בהערכות השונות, ניתן לפשר בין דעות שונות ולגשר על פערים הנוצרים לא אחת בעבודה עם צוותים מגוונים המתקשרים בשפות מקצועיות שונות. על-פי ארן (2018) לעיתים השפה היא מדעית, פיזיקלית, ולעיתים היא רגשית. אנו מציעים כי הערכה פסיכו-סוציאלית מבוססת ראיות עשויה להפוך לשפה משותפת לכלל הצוות הרב-מקצועי כאשר יש לה את הפוטנציאל להפוך למפת דרכים שמסייעת להם למצוא את עצמם בתוך האינטראקציות הסבוכות בצוות רב-מקצועי. באופן הזה ניתן ליצור מרחב התלבטות משותף עבור הצוות, אשר מקבל הסברים, תמיכה ועוגן מצד העובד הסוציאלי בקשר עם המשפחה ובקשר עם הצוות, ומהווה מקור להתפתחות מקצועית ומעשירה במערכים

המורכבים שבהם פועלת העבודה הסוציאלית. כך עשוי להתאפשר לצוות הרב-מקצועי להכיל טוב יותר את המטופלים ואת העמיתים, ולייצר דינמיקה חדשה שבאמצעותה החרדה של הצוות ממצוקת המשפחה עוברת שינוי חיובי (ארן, 2018). תובנות אלו עשויות להקל עליהם את ההתמודדות היום-יומית עם תובענות הורים ועם מגוון התנהגויות של ילדים.

לסיכום, מאמר זה התבסס על פרויקט מחלקתי ייחודי שנוצר בבסיסו כדי לקדם הערכה וטיפול מבוססים ראיות במחלקתנו, הנובעים מהדרישה לטיפול באמצעות הכלים המקצועיים ביותר. אופי המחלקה - המתבסס על הערכות שיטתיות של כלל הצוותים הפרה-רפואיים בעת הקבלה של הילד למחלקה - הכתיב את איסוף הנתונים, כחלק מפרוטוקול טיפול שגרתי, על-ידי הצוות הפסיכו-סוציאלי המטפל. לאור הממצאים על עוצמות התסמינים הפוסט-טראומטיים הגבוהים ואחוז המשפחות ברמות הסיכון הגבוהות, כמו גם השינויים שנערכו במהלך השנים במבנה ההערכה, אנו מתרשמים כי שימוש במבנה ההערכה כפי שהוא מובא כאן בגרסתו המעודכנת והמקוצרת מאפשר יישום מהיר וזול בסביבת העבודה הרפואית והאינטנסיבית וניבוי מוקדם יעיל ומדויק לגבי המצב הפסיכו-סוציאלי של המטופל ושל משפחתו. בפרספקטיבה של כתשע שנים מאז החלה המחלקה לאמץ גישת הערכה מבוססת ראיות, אפשר לומר כי התהליכים שהתרחשו מעוררים תקווה שהמאמצים יישאו פרי בדמות מתן טיפול מוכוון ומותאם יותר, וכי החשדנות הראשונית של הצוות הופכת בהדרגה לאמון גדול יותר ולמעורבות פעילה.

נקודות מפתח

- המאמר מהווה דוגמה להצגת תהליכי הגיבוש, הפיתוח והיישום של הערכה פסיכו-סוציאלית במחלקת שיקום ילדים.
- הערכה פסיכו-סוציאלית לילדים ולמשפחות לאחר אירוע רפואי-טראומטי יכולה לסייע למטפל, למטופל, לקשר הטיפולי, ולעבודה האינטר-דיסציפלינרית.
- במערכת הבריאות ישנה חשיבות קריטית למתן טיפול המתבסס על אינטגרציה בין המומחיות המקצועית ובין הראיות העדכניות מהספרות לבין תפיסות המטופלים.

מקורות

- אמיר, ד., וסלקובסקי, מ. (2012). עבודה סוציאלית במערכת הבריאות. בתוך מ. חובב, א. לונטל, וי. קטן (עורכים), **עבודה סוציאלית בישראל** (עמודים 560-592). בני ברק: הוצאת הקיבוץ המאוחד.
- ארן, ע. (2018). המפגש בין פסיכותרפיה דינמית ומחלה פיזית - עבודה סוציאלית וטיפול דינמי בתחום בריאות כללית. בתוך ר. אלפנדרי (עורך), **למצוא מקום לנפש** (עמודים 203-226). ירושלים: הוצאת כרמל.
- המועצה הלאומית לשלום הילד. (2019). **לקט נתונים מתוך השנתון "ילדים בישראל 2019**. נדלה מתוך: <https://www.children.org.il/>
- סוסקולני וי, אוסלנדר, ג., וכן שחר, א. (2019). עבודה סוציאלית במערכת הבריאות: היסטוריה של התפתחות מקצועית ואתגרים לעתיד. בתוך ג. גל, ור. הולר (עורכים), **לא צדקה אלא צדק: פרקים בהתפתחות העבודה הסוציאלית בישראל** (עמודים 245-272). שדה בוקר: מכון בן-גוריון לחקר ישראל והציונות.

- פלמור-הספל, ש. (2014). **הסתגלות הורה-ילד לנכות נרכשת של הילד: השפעת משתנים הוריים: מחקר אורך**. (חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה). תל אביב: אוניברסיטת תל אביב.
- פרוש, ש. (2003). ריפוי בעיסוק על בסיס ראיות – Practice Based Evidence: האתגר של המאה ה-21. **כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק**, 21, 74-75.
- שדמי, א., בן ששון, א., דרך-זהב, ע., זק"ש, ד., ורועה, ד. (5102). **פרטיקה מבוססת ראיות במדעי הבריאות והרווחה: תיאוריה ומעשה**. חיפה: פרדס הוצאה לאור.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Cabizuza, M., Marques-Portella, C., Mendlowicz, M. V., Coutinho, E. S. F., & Figueira, I. (2009). Posttraumatic stress disorder in parents of children with chronic illnesses: A meta-analysis. *Health Psychology*, 28(3), 379-388. doi: 10.1037/a0014512
- Christofferson, J. L., Okonak, K., Kazak, A. E., Pierce, J., Kelly, C., Schifano, E., ... & Alderfer, M. A. (2019). Family consequences of potentially traumatic pediatric medical events: Implications for trauma-informed care. *Journal of Family Psychology*, 34, 237-246. doi: 10.1037/fam0000597
- Cohen, E. (2009). Parenting in the throes of traumatic events: Risks and protection. In D. Brom, R. Pat-Horenczyk, & J. D. Ford (Eds.), *Treating traumatized children: Risk, resilience and recovery* (pp. 72-84). New York, NY: Routledge.
- De Reyes, A. L., & Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131, 483-509. doi: 10.1037/0033-2909.131.4.483
- Dijkers, M. P., Murphy, S. L., & Krellman, J. (2012). Evidence-based practice for rehabilitation professionals: Concepts and controversies. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(8), 164-176. doi: 10.1016/j.apmr.2011.12.014
- Dubowitz, H., Feigelman, S., Lane, W., & Kim, J. (2009). Pediatric primary care to help prevent child maltreatment: The safe environment for every kid (SEEK) model. *Pediatrics*, 123(3), 858-864. doi: 10.1542/peds.2008-1376
- Everhart, J. L., Haskell, H., & Khan, A. (2019). Patient- and family-centered care: Leveraging best practices to improve the care of hospitalized children. *Pediatric Clinics of North America*, 66(4), 775-789. doi: 10.1016/j.pcl.2019.03.005
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-reported measure of post-traumatic stress disorder. *Psychological Assessment*, 9, 445-451. doi: 10.1037/1040-3590.9.4.445
- Foa, E. B., Johnson, K. M., Feeny, N. C., & Treadwell, K. R. H. (2001). The child PTSD symptom scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 30, 376-384. doi: 10.1207/S15374424JCCP3003_9
- Hughes, D. (2017). Dyadic Developmental Psychotherapy (DDP): An attachment-focused family treatment for developmental trauma. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 38, 595-605. doi: 10.1002/anfz.1273
- Kahana, S. Y., Feeny, N. C., Youngstrom, E. a., & Drotar, D. (2006). Posttraumatic stress in youth experiencing illnesses and injuries: An exploratory meta-analysis. *Traumatology*, 12(2), 148-161. doi: 10.1177/1534765606294562
- Kassam-Adams, N., Marsac, M. L., Garcia-Espana, J. F., & Winston, F. (2015). Evaluating predictive screening for children's post-injury mental health: New data and a replication. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 29313. doi: 10.3402/ejpt.v6.29313

- Kazak, A. E. (2006). Pediatric Psychosocial Preventative Health Model (PPPHM): Research, practice, and collaboration in pediatric family systems medicine. *Families, Systems and Health, 24*, 381-395. doi: 10.1037/1091-7527.24.4.381
- Kazak, A. E., Abrams, A. N., Banks, J., Christofferson, J., Stephen DiDonato, M., Grootenhuis, Kabour, M., Madan-Swain, A., Patel, S. K., Zadeh, S., & Mary Jo, K. (2015). Psychosocial assessment as a standard of care in pediatric cancer. *Pediatric Blood & Cancer, 62*(5), s426-s459. doi: 10.1002/pbc
- Kazak, A. E., Barakat, L. P., Askins, M. A., McCafferty, M., Lattomus, A., Ruppe, N., & Deatrck, J. (2017). Provider perspectives on the implementation of psychosocial risk screening in pediatric cancer. *Journal of Pediatric Psychology, 42*, 700-710. doi: 10.1093/jpepsy/jsw110
- Kazak, A. E., Christofferson, J., Richards, H. G., Rivero-Conil, S., & Sandler, E. (2019). Implementing screening with the Psychosocial Assessment Tool (PAT) in clinical oncology practice. *Clinical Practice in Pediatric Psychology, 7*(2), 140-150. doi: 10.1037/cpp0000246
- Kazak, A. E., Deatrck, J. A., Scialla, M. A., Sandler, E., Madden, R. E., & Barakat, L. P. (2020). Implementation of family psychosocial risk assessment in pediatric cancer with the Psychosocial Assessment Tool (PAT): study protocol for a cluster-randomized comparative effectiveness trial. *Implementation Science, 15*, 1-13. doi: 10.1186/s13012-020-01023-w
- Kazak, A. E., Hwang, W.-T., Chen, F. F., Askins, M. A., Carlson, O., Argueta-Ortiz, F., & Barakat, L. P. (2018). Screening for family psychosocial risk in pediatric cancer: Validation of the Psychosocial Assessment Tool (PAT) version 3. *Journal of Pediatric Psychology, 43*(7), 737-748. doi: 10.1093/jpepsy/jsy012
- Kazak, A. E., Schneider, S., Didonato, S., & Pai, A. L. H. (2015). Family psychosocial risk screening guided by the Pediatric Psychosocial Preventative Health Model (PPPHM) using the Psychosocial Assessment Tool (PAT). *Acta Oncologica, 54*, 574-580. doi: 10.3109/0284186X.2014.995774
- Ketelaar, M., Russell, D., & Gorter, J. (2008). The challenge of moving evidence-based measures into clinical practice: Lessons in knowledge translation. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics, 28*, 191-206. doi: 10.1080/01942630802192610
- King, G. (2009). A relational goal-oriented model of optimal service delivery to children and families. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics, 29*, 384-408. doi: 10.3109/01942630903222118
- King, G., & Chiarello, L. (2014). Family-centered care for children with cerebral palsy: Conceptual and practical considerations to advance care and practice. *Journal of Child Neurology, 29*, 1046-1054. doi: 10.1177/0883073814533009
- King, G., Wright, V., & Russell, D. J. (2011). Understanding paediatric rehabilitation therapists' lack of use of outcome measures. *Disability and Rehabilitation, 33*, 2662-2671. doi: 10.3109/09638288.2011.582924
- Kuo, D. Z., Houtrow, A. J., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J. M., & Neff, J. M. (2012). Family-centered care: Current applications and future directions in pediatric health care. *Maternal and Child Health Journal, 16*, 297-305. doi: 10.1007/s10995-011-0751-7
- Lakatos, P. P., Matic, T., Carson, M., & Williams, M. E. (2019). Child-Parent Psychotherapy with Infants Hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 26*, 584-596. doi: 10.1007/s10880-019-09614-6
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., & Latzman, R. D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review, 33*, 883-900. doi: 10.1016/j.cpr.2012.09.008
- Meyer, C. H. (1995). The ecosystems perspective: Implications for practice. In C. H. Meyer & M. A. Mattaini (Eds.), *The foundations of social work practice: A graduate text* (pp. 16-27). Washington, DC: NASW Press.

- National Child Traumatic Stress Network. (2020). *Medical trauma*. Retrieved from: <https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/trauma-types/medical-trauma>
- Nelson, T. D., Steele, R. G., & Mize, J. A. (2006). Practitioner attitudes toward evidence-based practice: Themes and challenges. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 33*, 398-409. doi: 10.1007/s10488-006-0044-4
- Oborn, E., Barrett, M., & Racko, G. (2013). Knowledge translation in healthcare: Incorporating theories of learning and knowledge from the management literature. *Journal of Health Organization and Management, 27*, 412-431. doi: 10.1108/JHOM-01-2012-0004
- Pai, A. L. H., Patino-Fernandez, A., McSherry, M., Beele, D., Alderfer, M. A., Reilly, A. T., Hwang, W., & Kazak, A. (2008). The psychosocial assessment tool (PAT 2.0): Psychometric properties of a screener for psychosocial distress in families of children newly diagnosed with cancer. *Journal of Pediatric Psychology, 33*, 50-62. doi: 10.1093/jpepsy/jsm053
- Piskur, B., Beurskens, A. J. H. M., Jongmans, M. J., Ketelaar, M., Norton, M., Frings, C. A., & Hemmingsson, H. (2012). Parents' actions, challenges, and needs while enabling participation of children with a physical disability: A scoping review. *BMC Pediatrics, 12*(177). Retrieved from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/12/177%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed10b&NEWS=N&AN=2013027713>
- Price, J., Kassam-Adams, N., Alderfer, M. A., Christofferson, J., & Kazak, A. E. (2015). Systematic review: A reevaluation and update of the integrative (trajectory) model of pediatric medical traumatic stress. *Journal of Pediatric Psychology, 1-12*. doi: 10.1093/jpepsy/jsv074
- Renk, K. (2005). Cross-informant ratings of the behavior of children and adolescents: The "gold standard." *Journal of Child and Family Studies, 14*, 457-468. doi: 10.1007/s10826-005-7182-2
- Rivard, L. M., Russell, D. J., Roxborough, L., Ketelaar, M., Bartlett, D. J., & Rosenbaum, P. (2010). Promoting the use of measurement tools in practice: A mixed-methods study of the activities and experiences of physical therapist knowledge brokers. *Physical Therapy, 90*, 1580-1590. doi: 10.2522/ptj.20090408
- Russell, D. J., Rivard, L. M., Walter, S. D., Rosenbaum, P. L., Roxborough, L., Cameron, D., Darrah, J., Bartlett, D. J., Hanna, S. E., & Avery, L. M. (2010). Using knowledge brokers to facilitate the uptake of pediatric measurement tools into clinical practice: A before-after intervention study. *Implementation Science, 5*, 1-17. doi: 10.1186/1748-5908-5-92
- Sheeran, T., & Zimmerman, M. (2002). Screening for posttraumatic stress disorder in a general psychiatric outpatient setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 961-966. doi: 10.1037/0022-006X.70.4.961
- Weathers, F. W., Bovin, M. J., Lee, D. J., Sloan, D. M., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Keane, T. M., & Marx, B. P. (2018). The clinician-administered ptsd scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological Assessment, 30*, 383-395. doi: 10.1037/pas0000486
- World Health Organization. (2007). *International classification of functioning, disability, and health: Children & youth version ICF-CY*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

חוויות היריון ולידה והקשר לתסמיני דיכאון לאחר לידה בקרב נשים מזרמים שונים בחברה החרדית בישראל

שמרית פרינס-אנגלסמן וג'ולי צוויקל

תקציר

רקע: החברה החרדית בישראל מאופיינת בשיעור ילודה גבוה לעומת החברה הישראלית-היהודית. אולם מעט ידוע על ההשלכות שיש לריבוי חוויות היריון ולידה על תסמינים של דיכאון לאחר לידה (להלן "דל").

מטרת המחקר: לחקור האם חוויות היריון ולידה ושייכות דתית מנבאים תסמיני דל"ל ותסמיני דיכאון כללי בקרב נשים חרדיות.

שיטת המחקר: סקר חתכי הועבר למדגם שכבות של 256 נשים חרדיות המשתייכות לזרמים הספרדי, הליטאי והחסידי, כולל נשים חרדיות שחזרו בתשובה בכל אחד משלושת הזרמים. גורמים המנבאים תסמיני דל"ל ודיכאון נותחו באמצעות רגרסיה היררכית.

ממצאים: שיעור תסמיני הדל"ל שנמצא בקרב כלל משתתפות המחקר היה 22%, כאשר שיעור הנשים מהזרם הספרדי שהיו בסיכון לפתח תסמיני דל"ל היה גבוה יותר (34%) מהנשים מהזרם הליטאי (16%) ומהנשים מהזרם החסידי (14%); שיעור הנשים החרדיות שחזרו בתשובה שהיו בסיכון לפתח תסמיני דל"ל היה גבוה יותר (33%), מהנשים החרדיות שלא חזרו בתשובה (19%). בניתוח רב-משתנים נמצא שחוויות היריון ולידה, השתייכות לזרם הספרדי, חזרה בתשובה, גיל מבוגר ומספר מועט של ילדים ניבאו תסמיני דל"ל ודיכאון כללי.

מסקנות והשלכות לפרקטיקה: מומלץ שעובדי מערכת הבריאות יקדמו מענה רפואי וסוציאלי מותאם תרבות על בסיס הכרת המאפיינים השונים של החברה החרדית. הכרה זו תאפשר איתור ומתן מענה הולם עבור נשים חרדיות שנמצאות בסיכון לפיתוח תסמיני דל"ל ודיכאון כללי.

מילות מפתח: נשים חרדיות, חזרה בתשובה, היריון, לידה, דיכאון לאחר לידה, דיכאון.

מבוא

היריון ולידה נחשבים לאירועים עוצמתיים בכל החברות מבחינה בריאותית וחברתית, ויש להם השפעה על היבטים פסיכולוגיים, מיניים, פיזיים, משפחתיים ותרבותיים (Aldrichi et al., 2018; Rania, 2019). מעמדן החברתי של נשים בחברה החרדית מתבסס בין השאר על הפרייון שלהן, הנמדד במספר ההריונות והלידות שלהן ובמספר ילדיהן. לרוב, הילודה הגבוהה נתפסת כערך משמעותי, כמקור לאושר ולמימוש עצמי בקרב נשים בחברה החרדית (חליחל, 2011; Engelsman et al., 2018). אך לצד השיח המעודד ילודה, ניכר כי לא קיים מענה מספק להשלכות של חוויות שליליות בהיריון ובלידה על הופעת תסמינים של דל"ל ודיכאון כללי. הימנעות מבקשת עזרה מקצועית בתחום בריאות הנפש בכלל ובדל"ל בפרט הינה תופעה רווחת בחברה החרדית, הנובעת מהעדר מודעות לאפשרויות הטיפול הקיימות בבריאות הנפש, ומחשש להדבקת סטיגמה על-ידי החברה (Gabbay et al., 2017; Bina & Glasser, 2018). חוקרים מדגישים את הצורך לפתח מנגנון שיאתר נשים בסיכון לדל"ל, ויסייע להן באמצעות מתן טיפול מניעתי (Glasser et al., 2016). נוסף על כך, רוב המחקרים על האוכלוסייה החרדית התעלמו מהעובדה שחברה זו מורכבת מתתי-קבוצות, וראוי לבחון את השונות ביניהן בסוגיות אלו (ארביב, 2015). המחקר הנוכחי מבקש לגשר על פערים אלו בספרות המחקרית, ולבחון את ההבדלים בשכיחות תסמיני דל"ל ודיכאון כללי בקרב נשים המשתייכות לזרמים שונים בחברה החרדית ובין נשים חרדיות שחזרו בתשובה לכאלה שלא.

זרמים שונים בחברה החרדית

החברה החרדית מאופיינת במחויבות למסורת היהודית ולהלכה, ונבדלת מכל השקפה או אורח חיים הסותר את ערכי החברה (בראון, 2017). עם זאת, ניתן להבחין בשינויים הדרגתיים, המבטאים פתיחות אל מול סגירות בסוגיות עקרוניות, לדוגמה: השתלבות בהשכלה הגבוהה ובשוק העבודה ואימוץ דפוסיים של תרבות הפנאי וצרכנות (מלאך וכהנר, 2020). האוכלוסייה החרדית מורכבת ברובה משלושה זרמים מרכזיים: הליטאי, החסידי והספרדי. זרמים אלו מהווים 77% מכלל האוכלוסייה החרדית בישראל, ומתוכם כ-20% הם חרדים שחזרו בתשובה (דרור כהן, 2010; כהנר ואחרים, 2012; מלחי, 2016). למרות קווי הדמיון בין הזרמים השונים, לכל אחד מהם יש מאפיינים ייחודיים.

הזרם הליטאי המהווה כ-29% מהחברה החרדית, מדגיש את לימוד התורה וההתארגנות סביב החינוך והישיבות (רגב, 2017). זרם זה מבטא פתיחות יחסית לחיים מודרניים, דבר הבא לידי ביטוי בסגנון הלבוש, בהשתלבות בלימודים אקדמיים, בשימוש ברשת האינטרנט ועוד (מלאך וכהנר, 2020). הזרם החסידי המהווה כ-30% מחברה זו, מורכב משלוש חסידויות עיקריות: גור, בלז וזי'ניץ. החסידות שמה דגש רב יותר על עניינים שברגש, פיתוח המוזיקה הדתית-יהודית וחיבור קהילתי חזק ומשמעותי. עם זאת, החסידות מאופיינת גם בהקפדה יתרה על מנהגים ובהוספת איסורים וציוויים על אורח החיים ההלכתי הרגיל (בראון, 2017). הזרם הספרדי המהווה 23% מהחברה החרדית, מאופיין בגמישות הלכתית, ומתמקד בפעילות חברתית וקהילתית לקירוב יהודים מסורתיים אל הדת – "החזרת עטרה ליושנה" (כהנר ואחרים, 2012). בכל אחד מהזרמים החרדיים ישנם חוזרים בתשובה המאופיינים בנכונותם לסגירות קיצונית מתוך רצון להתקבל לחיקה של החברה החרדית (דורון, 2013). הזרמים החרדיים השונים שומרים על המובחנות שלהם גם באמצעות שימור ועידוד הנישואין בין בני זוג מאותו הזרם, וזאת מתוך שאיפה לשמור על תא משפחתי דתי בעל מאפיינים דומים (בראון, 2017).

היריון ולידה בחברה החרדית

קצב הגידול באוכלוסייה החרדית הוא המהיר ביותר בקרב אוכלוסיות במדינות המפותחות, ובישראל קצב הגידול שלה עומד על 4% בשנה. שיעור הפריון הגבוה, גיל הנישואים הצעיר ותנאי רפואה ומחייה מודרניים תורמים להאצה בקצב הגידול. עם זאת, ניתוח הדפוסים של התא המשפחתי החרדי בעשור האחרון מראה על התייצבות בשיעורי הפריון ברמה של כ-6.6 ילדים לאישה, ועל עלייה קלה בגיל לידת הילד הראשון (מלאך וכהנר, 2020). בנות חרדיות מתחנכות להגשמה עצמית באמצעות לידה וטיפול בילדים (ליוש, 2014; ריזר אינדורסקי, 2018). מספר הילדים במשפחה, והעובדה שלרוב, הילד הראשון נולד בשנה הראשונה לאחר הנישואין, משפיעים על יציבות המשפחה (לוק שמר, 2009). לרוב, כשבני הזוג נישאים, הם מתכוונים למלא את מצוות "פרו ורבו" של הולדת הילדים מהר ככל האפשר, כדי לממש את ערכי הקהילה שאליה הם משתייכים. עם זאת, מצווה זו עשויה לעורר התמודדויות לא פשוטות (ויזל סנקרי, 2013; נוימן, 2013) בין היתר, התפתחות תסמיני דיכאון כללי (Bina, 2014; Glasser et al., 2016).

תסמיני דיכאון לאחר לידה בחברה החרדית

דל"ל הוא תופעה של מצוקה נפשית העלולה לפרוץ אצל נשים לאחר הלידה. לתופעה זו השלכות משמעותיות על היולדת, על התינוק ועל בני המשפחה. תסמיני דיכאון תואמים את האבחנה של מצב דיכאוני לפי ה-DSM-5 וה-ICD-10, והם מופיעים בין השבוע השני והשבוע התשיעי לאחר הלידה (גלסר ובראל, 1999; Dennis & Dowswell, 2013). על-פי ה-DSM-5, דל"ל מתאפיין בתשעה תסמינים של דיכאון: תחושת עצבות, ריקנות או חוסר תקווה, הפחתה בולטת בעניין או בהנאה, ירידה או עלייה משמעותית במשקל הגוף, בשינה, בתנועה ובאנרגיה, תחושת חוסר ערך או אשמה לא מותאמת (כמו מחשבות שווא), קושי להתרכז ולחשוב בהירות, הססנות ומחשבות חזרתיות על מוות (American Psychiatric Association, DSM-5, 2013).

מחקרים שבוצעו בארצות הברית מצביעים על שיעור הנע בין 13% ל-19% בקרב יולדות עם תסמיני דיכאון כללי (O'Hara & McCabe, 2013). שיעור זה נמוך יותר באירופה ועומד על כ-8%, וגבוה יותר במזרח התיכון ועשוי להגיע לכ-26% (Shorey et al., 2018). מחקר שבוצע בישראל בשנת 2019 מצא כי שיעור הנשים הישראליות הסובלות מתסמיני דיכאון עומד על 10%, מתוכן 7% יהודיות לעומת 21% ערביות. הניחו שהבדל זה נובע מהשתייכותן של הנשים הערביות לחברה מובחנת-תרבות בעלת מאפיינים ייחודיים כגון מעמד סוציו-אקונומי נמוך והעדר השכלה ותעסוקה (Shwartz et al., 2019).

מחקרים שונים מצאו כי גורמי הסיכון לתסמיני דיכאון כללי, חרדות, הפרעות נפשיות בעבר, העדר תמיכה, חוויות היריון או לידה שליליות והכנסה נמוכה (Smorti et al., 2019; Weijing et al., 2020). מחקרים נוספים מצאו שנשים חרדיות הסובלות מתסמיני דיכאון נמנעות מבקשת עזרה מקצועית, משום שהן חוששות מסטיגמה חברתית, או משום שאינן מודעות לתופעה ולאפשרויות הטיפול הקיימות (Glasser et al., 2016). נשים אלה מתמודדות עם תסמיני דיכאון באמצעות אסטרטגיות התמודדות דתיות כמו ברכת רבנים, תפילה, והיעזרות בגורמים בלתי פורמליים כמו חברות ומשפחה (Bina, 2008; Glasser et al., 2016). אחרים שבדקו גורמי סיכון לתסמיני דיכאון בקרב נשים חרדיות הצביעו על גיל מבוגר, על מספר מועט של הריונות, על הכנסה נמוכה ועל חוויית דיכאון בעבר (Bina, 2014). אולם, מחקרים קודמים לא בדקו את חוויית ההיריון ואת חוויית הלידה כגורמי סיכון לתסמיני דיכאון,

ולא את ההבדלים בין הזרמים השונים במגזר החרדי, ובין נשים חרדיות שחזרו בתשובה לנשים חרדיות שלא חזרו בתשובה.

המחקר הנוכחי

מטרת המחקר הינה לחקור האם חוויות היריון ולידה ושייכות דתית מנבאות תסמיני דל"ל ותסמיני דיכאון כללי בקרב נשים חרדיות.

יעדי המחקר

1. לבדוק את הקשרים בין חוויות ההיריון, חוויות הלידה, תסמיני דל"ל ותסמיני דיכאון כללי.
2. להעריך את ההבדלים בין נשים מזרמים חרדיים שונים בחוויות ההיריון והלידה ובהופעת תסמיני דל"ל ותסמיני דיכאון כללי.
3. להעריך את ההבדלים בין נשים חרדיות החוזרות בתשובה לנשים חרדיות שלא חזרו בתשובה ביחס לחוויות ההיריון והלידה, לתסמיני דל"ל ולתסמיני דיכאון כללי.
4. לבחון אם חוויות היריון ולידה, שייכות דתית וגורמים דמוגרפיים המאפיינים את אורח החיים של נשים חרדיות מנבאים תסמיני דל"ל ותסמיני דיכאון כללי.

השערות המחקר

1. יימצא קשר חיובי בין חוויות היריון שלילית לבין חוויות לידה שלילית, כך שככל שחוויות ההיריון תהיה שלילית יותר, כך גם חוויות הלידה תהיה שלילית יותר.
2. יימצא קשר חיובי בין תסמיני דל"ל לבין תסמיני דיכאון כללי, כך שככל שמידת תסמיני הדל"ל תהיה גבוהה יותר, כך גם מידת תסמיני הדיכאון הכללי תהיה גבוהה יותר.
3. יימצא קשר חיובי בין חוויות היריון שלילית וחוויות לידה שלילית לבין תסמיני דל"ל ותסמיני דיכאון כללי, כך שככל שחוויות ההיריון והלידה תהיינה שליליות יותר, כך מידת תסמיני הדל"ל ותסמיני הדיכאון הכללי יהיו גבוהים יותר.
4. יימצאו הבדלים בין נשים מזרמים דתיים שונים בחוויות ההיריון והלידה ובמידת תסמיני הדל"ל ותסמיני הדיכאון הכללי.
5. יימצאו הבדלים בין נשים שחזרו בתשובה לבין נשים שלא חזרו בתשובה בחוויות ההיריון והלידה ובמידת תסמיני הדל"ל ותסמיני הדיכאון הכללי.
6. חוויות ההיריון והלידה וגורמים דמוגרפיים המאפיינים את אורח החיים של נשים חרדיות, ינבאו את מידת תסמיני הדל"ל ואת מידת תסמיני הדיכאון הכללי.

שיטת המחקר

אוכלוסיית המחקר

המחקר הנוכחי מהווה חלק ממחקר מעורב-שיטות רחב היקף, שבחן התנהגויות בתחום הבריאות, חוויות סובייקטיביות של היריון, של לידה, תסמיני דיכאון כללי ותסמיני דל"ל בקרב נשים חרדיות בישראל (פרינס-אנגלסמן, 2018). במחקר הנוכחי השתתפו 256 נשים במהלך השנתיים לאחר הלידה, המשתייכות לאחד מהזרמים הנחקרים בחברה החרדית: הזרם הספרדי, הזרם הליטאי והזרם החסידי, ובכל אחד מהזרמים היו גם נשים חרדיות שחזרו בתשובה.

הליך גיוס המשתתפות במחקר

במחקר נערך מדגם שכבות (stratified snow-ball sampling), במטרה לייצג קבוצות שונות (בייט-מרום ואחרים, 2009). דגימה זו מקובלת במחקרים על קבוצות מיעוט, שבהם הנחקר מפנה את החוקר לאנשים נוספים שעשויים להסכים להשתתף במחקר (פרידמן, 2020). לפי פנג ואחרים (Peng et al., 2002), יש צורך בעשרה נבדקים עבור כל משתנה בלתי תלוי. לאור זאת, גיוס המשתתפות נעשה על-מנת להגיע למספר המשתתפות הנחוץ. הגיוס נערך באמצעות פנייה לגורמי מקצוע מתחומי החינוך, הרפואה והרווחה כדי לאתר נשים חרדיות שיסכימו לענות על השאלונים. בנוסף, גיוס המשתתפות נערך במסודות לימוד להשכלה גבוהה (כגון סמינרים), בכנסים ציבוריים ובמסגרות חינוך. המשתתפות קיבלו הסבר על מטרת המחקר, והודגשה החשיבות של מעורבותן ותרומתן להצלחתו.

כלי המחקר

הנתונים נאספו באמצעות השאלונים הבאים:

שאלון לבחינת חוויית ההיריון

השאלון בדק את מצבן הרגשי של המשתתפות בתקופת ההיריון באמצעות השאלה "כיצד הייתה חוויית ההיריון הסובייקטיבית מבחינה פסיכולוגית?" (טווח התשובות היה בין 1-3: 1 תחושות חיוביות בעיקר, 2 תחושה חיובית עם רמה מקובלת של חרדה, 3 פחד וחרדה ניכרים). המשתתפות נשאלו על עד עשר הריונות שלהן והתייחסו בתשובותיהן לכל היריון בנפרד. נבנה סולם שהציון בו הוא ממוצע החוויה לכל משתתפת בארבעת ההריונות הראשונים. העקיבות הפנימית של השאלון לפי אלפא של קרונברך על ארבעת ההריונות הראשונים הייתה $\alpha=0.85$ ככל שהציון במשתנה זה היה גבוה יותר, כך חוויית ההיריון הייתה שלילית יותר (שריד ואחרים, 2010).

שאלון לבחינת חוויית הלידה

השאלון בדק את חוויית הלידה בסולם ליקרט בן חמש דרגות (1 חוויה חיובית מאוד, עד ל-5 חוויה שלילית מאוד וטראומטית). המשתתפות נשאלו על עד עשר לידות שלהן, והתייחסו בתשובותיהן לכל לידה בנפרד. לאחר מכן נבנה סולם שהציון בו הוא ממוצע החוויה לכל משתתפת בארבע הלידות הראשונות. אלפא של קרונברך על ארבע הלידות הראשונות הייתה $\alpha=0.67$. ככל שהציון במשתנה זה גבוה יותר, כך חוויית הלידה הייתה שלילית יותר (שריד ואחרים, 2010).

שאלון לאיתור תסמיני דיכאון לאחר לידה EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) השאלון משמש כלי סינון ראשוני לאיתור סימנים בקרב נשים בסיכון לפתח תסמיני דל"ל או לסובלות מהפרעה זו על-פי תקנות משרד הבריאות בישראל. השאלון תורגם לעברית על-ידי גלסר ובראל (1999), ונמצא מהימן ותקף במחקרים רבים בארץ (Glasser et al., 2016; Bina & Harrington, 2016; Shwartz et al., 2019). השאלון מורכב מעשרה היגדים המתמקדים ברובד הרגשי שחווה האישה היולדת (היגד לדוגמה: "הרגשתי דאגה וחרדה ללא סיבה מוצדקת"). המשתתפות התבקשו לדרג את הרגשתן בסולם סדר בן ארבע דרגות כאשר 0 מעיד על מצב ללא סימפטומים ו-3 מעיד על סימפטומים ניכרים. השאלה העשירית והאחרונה בשאלון בוחנת את רמת הסיכון לאובדנות (היגד: "במשך השבוע האחרון עלתה בראשי המחשבה לפגוע בעצמי"). סוכמו תוצאות השאלון עבור כל משתתפת, כאשר ציון גבוה העיד על תסמיני דל"ל גבוהים, ואילו ציון נמוך העיד שאין תסמיני דל"ל (Cox et al., 1987). אלפא של קרונברך הייתה $\alpha=.86$. נוסף על כך, נבנה משתנה דיכוטומי בו ציון של 10 ומעלה העיד על סיכון לפתח תסמיני דל"ל, ואילו ציון של 0-9 לא העיד על סיכון לפתח תסמיני דל"ל (Simhi et al., 2019).

שאלון תסמיני דיכאון כללי ודיכאון קליני CES-D (Center for Epidemiologic Studies) השאלון מודד תסמיני דיכאון כללי באמצעות סולם CES-D בגרסה המקוצרת שפותחה למחקרים אפידמיולוגיים (Radloff, 1977), ותוקפה במחקרים (Adams et al., 2019; Sherbourne et al., 2001) וגם במדגמים ישראליים (Segal-Engelchin & Cwikel, 2012; Segal-Engelchin et al., 2009). נעשה שימוש בשאלון זה מאחר ששאלון ה-EPDS אומנם מותאם עד לשנתיים הראשונות לאחר הלידה, אך העדפנו לתקף את התוצאות עם שאלון שנותן הערכה לדיכאון קליני. בשאלון שישה היגדים הבוחנים את רמת תסמיני הדיכאון הכללי (היגד לדוגמה: "היו לך התקפי בכי"), על-ידי סולם אדיטיבי, כך שציון גבוה יותר מעיד על רמה גבוהה יותר של תסמיני דיכאון כללי (Radloff, 1977; Sherbourne et al., 2001). על-פי פרוטוקול שרבורן (Sherbourne et al., 2001) המשמש להערכת דיכאון קליני, ניתנות שתי נקודות לתסמינים חמורים של דיכאון וניתנת נקודה אחת לתסמינים קלים. צירוף תוצאות הנקודות יחד נותן ציון נוסף, כך שציון ארבע נקודות ומעל מהווה את הסף להערכת דיכאון קליני. אלפא של קרונברך הייתה $\alpha=.76$.

שאלון דמוגרפי

השאלון שימש לבחינת המשתתפים הבאים: גיל, ארץ לידה, השתייכות דתית (זרם ליטאי, חסידי או ספרדי), חזרה בתשובה (כן או לא), רמת השכלה (תיכונית, מקצועית או אקדמית), מספר שנות לימוד, מקצוע, מצב כלכלי (קשה, סביר או טוב) ומשתתפים דמוגרפיים נוספים.

אתיקה מחקרית

תחילה התקבל אישור לביצוע המחקר מוועדת האתיקה של המחלקה לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בן-גוריון בנגב. טרם ההשתתפות במחקר נאמר למשתתפות שהמחקר נעשה באישור ועדת האתיקה, והובהר להן שהמידע שייאסף יישאר חסוי וישמש למטרות המחקר בלבד תוך שמירה על פרטיותן. המשתתפות חתמו על טופס הסכמה מדעת להשתתפות במחקר. בנוסף, נכתב כי הסכמתן למילוי השאלון אינה מחייבת וכי הן רשאיות להפסיק את השתתפותן בכל שלב מבלי שתהינה לכך השלכות עליהן.

תיאור אוכלוסיית המחקר

כל המשתתפות במחקר היו נשואות ($n=256$), גילן הממוצע היה 31.62 (ס.ת.=5.91), ומספר הילדים הממוצע שלהן היה 4.61 (ס.ת.=0.16). כפי שניתן לראות בלוח 1, רוב הנשים עסקו בתחום החינוך וההוראה, היו בעלות השכלה תיכונית או מקצועית, דיווחו על מצב כלכלי סביר וכמעט כולן נולדו בארץ. רוב המשתתפות היו נשים חרדיות שלא חזרו בתשובה, ורוב החוזרות בתשובה השתייכו לזרם הספרדי (53%).

לא נמצאו הבדלים מובהקים מבחינה סטטיסטית במשתנים הדמוגרפיים בין הזרמים השונים, פרט למספר שנות ההשכלה, כך שבהשוואה לנשים חסידיות (ממוצע=13.78, ס.ת.=2.20), נשים ליטאיות (ממוצע=15.01, ס.ת.=1.97), היו בעלות שנות השכלה רבות יותר. לעומת זאת, נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית לפי חזרה בתשובה. נמצא שבקרב נשים חרדיות שחזרו בתשובה גיל הנשים וגיל הבעל היה גבוה יותר, הן התחתנו בגיל מבוגר יותר, ילדו בגיל מאוחר יותר, היו להן ילדים רבים יותר ופחות שנות השכלה בהשוואה לנשים חרדיות שלא חזרו בתשובה.

לוח 1. מאפיינים סוציו-אקונומיים של משתתפות המחקר ($n=256$)

משתנים	N (%)
השתייכות דתית	
ליטאי	153 (53.1)
חסידי	89 (11.8)
ספרדי	30 (35.0)
חזרו בתשובה	52 (20.4)
ליטאי	20 (38.5)
חסידי	4 (7.7)
ספרדי	28 (53.8)
רמת השכלה	
תיכונית/מקצועית	151 (60.4)
אקדמית	99 (39.6)
מקצוע	
חינוך והוראה	143 (62.0)
מזכירות/הנהלה/מחשבים	46 (20.0)
עקרת בית	20 (8.6)
טיפולי/פרה-רפואי/עצמאית	11 (4.7)
ארץ לידה	
ישראל	229 (90.5)
אחר	24 (9.5)

משתנים	N (%)
מספר ילדים	
1-3	99 (39.0)
4-6	95 (37.4)
7-9	49 (19.3)
11-21	11 (4.3)
מצב כלכלי	
קשה	14 (5.5)
סביר	16 (63.7)
טוב	72 (28.1)

הערה: עקב תשובות חסרות, המספרים אינם מסתכמים בכל המשתנים ל-256

ניתוח הנתונים

העיבודים הסטטיסטיים נערכו באמצעות תוכנה לניתוח סטטיסטי (SPSS 21). המשתתפות התייחסו בתשובותיהן לכל היריון ולידה באופן נפרד. בוצעו בדיקות סטטיסטיות תיאוריות, ונבחנו קשרים בין המשתנים באמצעות מתאם פירסון ומבחן חי בריבוע. נוסף על כך, נבחנו השערות ושאלות המחקר באמצעות מבחני שונות חד-כיוונית ומבחני t למדגמים בלתי תלויים. ניתוחים רב-משתניים לבדיקת גורמים מנבאים לתסמיני דל"ל ולתסמיני דיכאון כללי נבדקו באמצעות מודלים של רגרסיות היררכיות.

ממצאים

חוויות היריון, חוויות לידה, תסמיני דל"ל ודיכאון קליני

המשתתפות חוו את היריון כחוויה עם רמה מקובלת של חרדה (ממוצע=1.44, ס.ת.=0.53), ואת הלידה כחוויה סבירה (ממוצע=2.42, ס.ת.=1.02). 78% מהמשתתפות לא נמצאו בסיכון לחוות תסמיני דל"ל (ציון 0-9), וכ-22% נמצאו בסיכון לחוות תסמיני דל"ל (+10). התוצאות בקרב משתתפות שנמצאו בסיכון לחוות תסמיני דל"ל הראו שכ-7% דיווחו על תסמינים קלים (11-12), וכ-14% דיווחו על תסמינים ברמה בינונית עד קשה (+13). שיעור המשתתפות שענו תשובות המצביעות על סיכון לאובדנות היה 5%, והן נמצאו בסיכון גבוה מאוד להופעת תסמיני דל"ל. השכיחות של דיכאון קליני במדגם הכללי הייתה 11.3%.

בדיקת השערות המחקר

1. לבדיקת ההשערה בנוגע לקשר חיובי בין חוויות היריון לבין חוויות הלידה, נמצא קשר חיובי ומובהק מבחינה סטטיסטית בין המשתנים ($r = .29, p < .001$). לפיכך, ההשערה אוששה.

2. לבדיקת ההשערה בנוגע לקשר חיובי בין תסמיני דל"ל לבין תסמיני דיכאון כללי, נמצא קשר חיובי ומובהק מבחינה סטטיסטית בין המשתנים ($r = .72, p < .001$). לפיכך, ההשערה אוששה.

3. לבדיקת ההשערות בנוגע לקשרים חיוביים בין חוויות היריון, חוויות לידה, תסמיני דל"ל ותסמיני דיכאון כללי, נמצאו קשרים חיוביים ומובהקים מבחינה סטטיסטית בין המשתנים, כך שכלל שחוויות היריון והלידה היו שליליות יותר, כך האישה הציגה רמות גבוהות יותר של תסמיני דל"ל ושל תסמיני דיכאון כללי. לפיכך, ההשערות אוששו (ראו לוח 2).
4. במבחן שונות חד-כיווני נמצאו הבדלים מובהקים מבחינה סטטיסטית בין הנשים מהזרמים החרדיים השונים בתסמיני דל"ל [$F(2,246)=5.61, p<.01$] ובתסמיני דיכאון קליני [$F(2,251)=5.41, p<.01$]. במבחן Scheffé נמצא כי בהשוואה לזרם הליטאי (ממוצע=5.06, ס.ת.=4.69) נשים מהזרם הספרדי (ממוצע=7.40, ס.ת.=5.83) הראו תסמיני דל"ל גבוהים יותר. כמו כן, בהשוואה לזרם הליטאי (ממוצע=0.67, ס.ת.=0.25), נשים מהזרם הספרדי (ממוצע=2.02, ס.ת.=0.40) הראו גם תסמיני דיכאון קליני גבוהים יותר (ראו לוח 3). נוסף על כך, בוצע מבחן חי בריבוע לבחינת הקשר בין הזרמים החרדיים לבין המשתנה הדיכוטומי של תסמיני דל"ל (ציון קליני). נמצא שכ-34% מהנשים מהזרם הספרדי סובלות מתסמיני דל"ל, לעומת 16% מהנשים מהזרם הליטאי ו-14% מהזרם החסידי [$\chi^2(2)=10.9, p<.004$], לפיכך נמצא קשר מובהק מבחינה סטטיסטית בין המשתנים.
5. במבחן t למדגמים בלתי תלויים, נבחנו הבדלים בין נשים חרדיות שחזרו בתשובה לבין נשים חרדיות שלא חזרו בתשובה בנוגע לחוויות היריון, לחוויות הלידה, לתסמיני דל"ל ולתסמיני דיכאון קליני. בהשוואה לנשים שלא חזרו בתשובה (ממוצע=5.55, ס.ת.=4.93), נשים שחזרו בתשובה הראו יותר תסמיני דל"ל (ממוצע=7.70, ס.ת.=5.64). [$t(51)=4.34, p<.01$]. השערה זו אוששה חלקית מכיוון שלא נמצאו הבדלים מובהקים מבחינה סטטיסטית ביתר המשתנים (ראו לוח 4). בנוסף, נערך מבחן חי בריבוע לבחינת הקשר בין חזרה בתשובה, לבין המשתנה הדיכוטומי של תסמיני דל"ל. נמצא שכ-33% מהנשים החרדיות שחזרו בתשובה הראו תסמיני דל"ל, לעומת 19% מהנשים החרדיות שלא חזרו בתשובה [$\chi^2(1)=5.03, p<.025$], לפיכך נמצא קשר מובהק מבחינה סטטיסטית בין המשתנים. נוסף על כך, נמצאו הבדלים בשכיחות הדיכאון הקליני בין נשים חרדיות שחזרו בתשובה (17%) לבין נשים חרדיות שלא חזרו בתשובה (10%).

לוח 2. מתאמי פירסון בין חוויות היריון וחוויות הלידה לבין תסמיני דל"ל ודיכאון ($n=256$)

משתנה	תסמיני דל"ל	תסמיני דיכאון כללי
חוויות היריון	.36*	.35*
חוויות לידה	.32*	.40*
תסמיני דל"ל	-	.72*

* $p < .001$

לוח 3. ממוצעים, סטיות תקן וניתוח שונות של משתני היריון ולידה בין נשים מזרמים דתיים שונים

משתנה	זרם ליטאי (n=132)		זרם חסידי (n=29)		זרם ספרדי (n=86)		F
	ממוצע	סטיות תקן	ממוצע	סטיות תקן	ממוצע	סטיות תקן	
חויית היריון	1.40	0.46	1.42	0.47	1.52	0.63	1.37
חויית לידה	2.36	1.00	2.40	0.83	2.54	1.10	0.87
תסמיני דל"ל	5.06	4.69	6.10	4.03	7.40	5.83	**5.61
דיכאון קליני	0.67	0.25	0.66	0.25	2.02	0.40	**5.42

* $p < .05$, ** $p < .01$ **לוח 4. ממוצעים, סטיות תקן וניתוח שונות של משתני היריון ולידה בין נשים חרדיות שחזרו בתשובה לנשים חרדיות שלא חזרו בתשובה**

משתנה	חרדיות שחזרו בתשובה (n=51)		חרדיות שלא חזרו בתשובה (n=201)		t
	ממוצע	סטיות תקן	ממוצע	סטיות תקן	
חויית היריון	1.52	0.65	1.42	0.49	7.01
חויית לידה	2.51	1.02	2.41	1.02	0.21
תסמיני דל"ל	7.70	5.64	5.55	4.93	**4.34
דיכאון קליני	0.17	0.38	0.10	0.29	-1.31

** $p < .01$

לבחינת מידת התרומה של כל משתנה לניבוי תסמיני דל"ל ותסמיני דיכאון כללי נערך ניתוח של רגרסיה היררכית. בשלבים המוקדמים של הרגרסיה ההיררכית נבדקו גורמים דמוגרפיים המאפיינים את אורח החיים של נשים חרדיות, ולאחר ניתוח הנתונים דווחו רק הגורמים שיצאו מובהקים ברגרסיה.

ממצאי ניתוח רגרסיה היררכית של משתנים המנבאים תסמיני דל"ל: בשלב הראשון (צעד 1), נבדקה התרומה של משתני הגיל ומספר מועט של ילדים להסבר השונות במשתנה התלוי (תסמיני דל"ל). לאחר מכן (צעד 2), נבדקה התרומה הנוספת של השתייכות לזרמים: נשים ספרדיות ונשים שחזרו בתשובה, ובשלב האחרון (צעד 3), נבדקה התרומה של חויית היריון שלילית וחויית לידה שלילית. השלבים של הרגרסיה ההיררכית מוצגים בלוח 5. מתוך הניתוחים עולה כי ניתן להסביר 24% מהשונות בתסמיני דל"ל באמצעות המשתנים שנבחנו. נמצא כי גיל מבוגר ומספר מועט של ילדים מסבירים 4% מהשונות, והשתייכות לזרם הספרדי וחזרה בתשובה מסבירים עוד 6% מהשונות. נוסף לכך, חויית היריון שלילית וחויית לידה שלילית מסבירים עוד 14% מהשונות המוסברת. לפיכך, ניכר כי לחוויית היריון והלידה הייתה ההשפעה הרבה ביותר על הופעת תסמיני דל"ל.

לוח 5: ניתוח רגרסיה היררכית של משתנים המנבאים תסמיני דל"ל ($n=241$)

משתנה	<i>B</i>	<i>SE.B</i>	β	<i>R2</i>	$\Delta R2$	<i>F</i>
צעד 1				.04**	.04**	5.77**
גיל	0.31	0.09	.35***			
מספר ילדים	-0.64	0.21	-.31**			
צעד 2				.10***	.05**	6.56**
גיל	0.25	0.09	.29**			
מספר ילדים	-0.57	0.21	-.28**			
נשים מהזרם הספרדי	1.95	0.67	.18**			
נשים שחזרו בתשובה	1.50	0.82	.11			
צעד 3				.24***	.14**	12.4**
גיל	0.23	0.08	.27**			
מספר ילדים	-0.39	0.20	-.05*			
נשים מהזרם הספרדי	1.45	0.62	.13*			
נשים שחזרו בתשובה	1.22	0.75	.09			
חווית לידה	0.87	0.30	.17**			
חווית היריון	2.85	0.57	.29***			

הערה: עקב ערכים חסרים, המספר אינו מסתכם לסך כל המשתתפות

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

ממצאי ניתוח רגרסיה היררכית של משתנים המנבאים תסמיני דיכאון: בשלב הראשון (צעד 1), נבדקה התרומה של משתני הגיל ומספר מועט של ילדים להסבר השונות במשתנה התלוי (תסמיני דיכאון כללי). לאחר מכן (צעד 2), נבדקה התרומה הנוספת של השתייכות לזרם הספרדי ומצב כלכלי קשה. בצעד האחרון (צעד 3), נבדקה התרומה של חווית היריון שלילית וחווית לידה שלילית מעבר למשתנים האחרים. השלבים של הרגרסיה ההיררכית מוצגים בלוח 6. מהניתוחים עולה כי ניתן להסביר 27% מהשונות בתסמיני הדיכאון הכללי באמצעות המשתנים שנבחנו. נמצא שגיל מבוגר ומספר מועט של ילדים מסבירים 3% מהשונות, השתייכות לזרם הספרדי ומצב כלכלי קשה מסבירים עוד 6% מהשונות, וחוויות היריון ולידה שליליות מסבירות עוד 18% מהשונות. לפיכך, ניכר כי חווית היריון וחווית הלידה הן הגורמים המשפיעים ביותר על הופעת תסמיני דיכאון כללי.

לוח 6. ניתוח רגרסיה היררכית של משתנים המנבאים תסמיני דיכאון כללי ($n=241$)

משתנה	<i>B</i>	<i>SE.B</i>	β	<i>R2</i>	$\Delta R2$	<i>F</i>
צעד 1				.03*	.03*	3.6*
גיל	0.11	0.04	.32**			
מספר ילדים	-0.24	0.09	-.31**			
צעד 2				.09**	.06**	5.0***
גיל	0.10	0.04	.30**			
מספר ילדים	-0.24	0.09	-.31**			
נשים מהזרם הספרדי	0.72	0.28	.17**			
מצב כלכלי קשה	-0.55	0.25	-.15*			
צעד 3				.27***	.18***	11.8***
גיל	0.08	0.03	.24*			
מספר ילדים	-0.13	0.08	-.17			
נשים מהזרם הספרדי	0.57	0.25	.14*			
מצב כלכלי קשה	-0.43	0.22	-.11*			
חווית לידה	0.50	0.12	.26***			
חווית היריון	0.99	0.23	.27***			

הערה: עקב ערכים חסרים, המספר אינו מסתכם לסך כל המשתתפות

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

דיון

מטרת המחקר הייתה לבחון אם חוויות היריון ולידה מנבאות תסמיני דיכאון כללי בקרב נשים חרדיות, בעת בקרה על משתנים דמוגרפיים, כולל זרמים שונים של אוכלוסייה זו.

במחקר הנוכחי נמצא שחווית היריון שלילית קשורה לחווית לידה שלילית, בדומה לממצאים ממחקרים קודמים שדיווחו כי פחדים ורגשות שליליים במהלך ההיריון עלולים להגביר את הסיכון ללידה טראומטית (Engelsman et al., 2018; Rania, 2019; Sarid et al., 2012). בנוסף, נמצא שככל שחווית ההיריון ושחווית הלידה היו שליליות יותר, כך הנשים הציגו רמות גבוהות יותר של תסמיני דיכאון כללי. מחקרים קודמים הציגו קשר בין תסמיני דיכאון כללי (חרדה ואירועי חיים קשים ומלחיצים) במהלך חודשי ההיריון, לבין הופעת תסמיני דיכאון כללי (Dennis & Dowswell, 2013; Kahveci et al., 2021), והמחקר הנוכחי מחזק ממצאים אלה.

מחקרים מראים ששיעור הופעת תסמיני דיכאון כללי בקרב יולדות יהודיות בישראל נע בין 7% ל-8% (Shwartz et al., 2019, Simhi et al., 2019). המחקר הנוכחי מראה ששיעור הנשים החרדיות בישראל

המצויות בסיכון לפתח תסמיני דל"ל גבוה יותר ועומד על 22%, בדומה לשיעור הופעת תסמיני דל"ל בקרב נשים ערביות ישראליות העומד על 21% (Shwartz et al., 2019).

מחקרים שנערכו בישראל מצאו שילדות רבות מתביישות בדיכאון, וחוששות מתיוג חברתי, ולכן עלולות להימנע משיתוף ומפנייה לעזרה, ושנשים רבות מתייחסות לסימפטומים של מצב רוח ירוד כנובעים משינויים הורמונליים ופיזיולוגיים ולכן הן מניחות שאלה יחלפו עם הזמן (Halbreich & Karkum, 2006; Glasser et al., 2016). מחקרים אלה מעלים את החשש שתסמיני דל"ל רבים אינם מדווחים, וייתכן כי מדובר בהיארעות גבוהה יותר מהמקרים המאותרים (Glasser et al., 2016). ייתכן שהשיעור הגבוה של תסמיני דל"ל במחקר הנוכחי נובע מכך שחשש זה אף מתעצם כשמדובר בנשים המשתייכות לחברה החרדית, הנוטות שלא לשתף בתחושותיהן ובקשייהן בשל החשש פן יוטל דופי בשמן הטוב ובמוניטין של משפחתן. נוסף על כך, אי-עמידה שלהן בציפיות ובנורמות החברתיות המקובלות בחברה החרדית, עלול להוות מקור לחץ נוסף, ולהשפיע על החלטתן שלא לשתף בקשיים שלהן סביב נושא הילודה (Gabbay et al., 2017; Grinstein-Cohen et al., 2017).

ממצאי מחקר זה מראים כי הופעת תסמיני דל"ל שכחים יותר בקרב נשים חרדיות מהזרם הספרדי ובקרב נשים חרדיות שחזרו בתשובה. ייתכן שניתן להסביר ממצאים אלו על-פי המאפיינים של כל אחת מן הקבוצות. ביחס לזרמים אחרים, הזרם הספרדי מאופיין בתחושת קוהרנטיות קהילתית נמוכה יותר, מצב שהושפע מדרישות הממסד הציוני להיטמעות עדות המזרח בציבור האשכנזי, ולוה באפליה, בדיכוי ובדחייה (ארביב, 2015; ליאון, 2013). כיום, קיימת סברה שתהליך זה עדיין מתרחש (דורון, 2012). מתח על רקע עדתי בין חרדים-ספרדים לבין חרדים-ליטאים-אשכנזים יצר פערים חברתיים והלכתיים (זיבצנר ולהמן, 2012). נוסף על פערים אלה, ישנו גם פער כלכלי, שכן הזרם הספרדי הוא מהקהילות המוחלשות ביותר בארץ (ארביב, 2015). במחקר זה אומנם לא נצפו פערים במצב הכלכלי בין הזרמים השונים, אך נמצא במחקר זה שמצב כלכלי קשה הוא אחד הגורמים המנבאים תסמיני דיכאון כללי. נראה שאפליה, דיכוי ומצב כלכלי קשה תורמים להעדר תחושת גאווה ולחוסר לכידות חברתית, וייתכן שבשל כך תופעת תסמיני הדל"ל בקרב הזרם הספרדי שכחה יותר מבזרמים אחרים.

בדומה לזרם הספרדי, נשים שחזרו בתשובה נתקלות לא פעם בביטויי הדרה רבים. למשל, בשידוך, בקבלת ילדיהן למוסדות חינוך, במגורים וביחס החברה אליהן (דורון, 2013). נשים אלה עוברות תהליך מורכב מבחינה רגשית במהלך גיבוש זהותן הדתית, וחווות בתהליך זה עליות ומורדות. הן נחשפות לפירמידת המעמדות החברתיים כאשר הסטטוס הגבוה משויך לחרדים מלידה. סטטוס זה קשור לשני ערכים בסיסיים של חברת הלומדים האשכנזית - לימוד תורה ומשפחה ברוכת ילדים; הסטטוס הבינוני הוא של החוזרים בתשובה האשכנזים; והסטטוס הנמוך הוא של חוזרים בתשובה ספרדים (דורון, 2013).

במחקר הנוכחי כמחצית מהנשים שחזרו בתשובה השתייכו לזרם הספרדי. מחקרים מראים שמעמד סוציו-אקונומי נמוך מעלה את סבירות החשיפה למצבי דחק, העלולים לגרום לחוויות רגשיות ולתגובות שליליות כדיכאון וחרדה (Adler & Stewart, 2010). כמו כן, נשים בעלות הכנסה מתחת לממוצע מביעות פתיחות נמוכה לטיפול בתסמיני דל"ל (Bina & Glasser, 2018). נוסף על כך, יחס החברה החרדית כלפי החוזרים בתשובה הוא אמביוולנטי - מחד גיסא, יש מערכות תמיכה קהילתיות ומשפחתיות המעניקות להם תחושת קרבה, תחושת ביטחון והכרה בצדקת דרכם; ומאידך גיסא, הם חווים תחושה של העדר שוויוניות ושל חוסר קבלה. הרצון להיקלט בחברה הבונה חומות הפרדה, מציבה בפניהם

חסמים שאיתם הם נאלצים להתמודד בחיי היום-יום (דורון, 2013). נשים החוזרות בתשובה מתמודדות עם הקושי הרגשי הטמון בשינוי אורח החיים באופן קיצוני ועם העדר תמיכה חברתית. חוויות אלו עלולות להוביל לחוסר ביטחון עצמי, לתחושת בדידות ואולי אף לשמש כזרז להופעת תסמיני דל"ל ותסמיני דיכאון כללי בשיעור גבוה יותר מאשר בקרב נשים חרדיות שלא חזרו בתשובה, כפי שעלה בממצאי המחקר הנוכחי.

מחקרים קודמים שנערכו בישראל הראו שדיכאון, חרדה והכנסה נמוכה במהלך ההיריון משפיעים על חוויות היריון ולידה שליליות ועל התפתחות תסמיני דל"ל (Segal-Engelchin et al., 2009; Sarid et al., 2012). מחקר נוסף שנערך בקרב נשים חרדיות בישראל הצביעו על גיל מבוגר, על מספר מועט של הריונות, על הכנסה נמוכה ועל חוויית דיכאון בעבר כגורמי סיכון להופעת תסמיני דל"ל (Bina, 2014). המחקר הנוכחי מחזק ממצאים אלו בממצאים דומים ביחס לגורמים המנבאים תסמיני דל"ל בקרב נשים חרדיות. מחקר זה מצא שבנוסף לגיל מבוגר ומספר מועט של ילדים, גם החזרה בתשובה, ההשתייכות לזרם הספרדי, חוויית היריון שלילית וחוויית לידה שלילית, מהווים גורמים המנבאים תסמיני דל"ל בקרב נשים חרדיות. עוד נמצא במחקר הנוכחי כי גורמים אלו ומצב כלכלי קשה מנבאים גם תסמיני דיכאון כללי.

הסבר אפשרי לכך שגיל מבוגר ומספר מועט של ילדים הינם גורמי סיכון לדל"ל הוא שנשים חרדיות בעלות מאפיינים אלו נאלצות להתמודד עם סטיגמה ועם בדידות, היות שאינן עומדות בציפיות הקהילה שמעודדת ילודה גבוהה. היכרות גורמי הסיכון לדל"ל, זיהוי מוקדם של תסמינים אלו וטיפול בהם חשובים למניעת תוצאות שליליות ארוכות טווח לאימהות ולילדיהן (Letourneau, 2017). לכן, חשוב לאתר נשים הנמצאות בסיכון גבוה לחוות תסמיני דל"ל כבר בתקופת ההיריון (Kahveci et al., 2021).

מסקנות והשלכות לפרקטיקה

ממצאי המחקר מלמדים כי קיימת חשיבות באיתור נשים החוות מצוקה כבר בתקופת ההיריון, כדי למנוע חוויות לידה שליליות ולקדם טיפול מניעתי להתפתחות תסמיני דל"ל. על כן יש צורך לבצע תהליך איתור מוקדם על-ידי איסוף מידע פסיכו-סוציאלי ושימוש בכלי סינון ה-EPDS, המומלץ על-ידי משרד הבריאות, כחלק מתהליך האיתור והמעקב בתקופת ההיריון ולאחר הלידה. בתהליך האיתור יש לתת דגש למאפיינים המהווים גורמי סיכון להופעת תסמיני דל"ל בקרב נשים חרדיות: השתייכות לזרם הספרדי, חזרה בתשובה, גיל מבוגר ומספר מועט של ילדים.

לאחר איתורן של נשים אלו, מומלץ כי גורמים מקצועיים יצרו עימן קשר תומך, וינהלו עימן שיחה מנרמלת שבה יוסבר להן כי ניתן לטפל בתסמיני דל"ל על-ידי שיחות פסיכו-תרפויטיות, ובמידת הצורך באמצעות טיפול תרופתי. יוסבר לנשים שטיפול הולם יוביל להפחתת התסמינים, דבר שייטיב עם בריאות האם, התינוק והמשפחה כולה.

יש לבצע מעקב אחר הנשים שאותרו, על-מנת לוודא שהן אכן מגיעות לטיפול, וחשוב ליצור מערך תומך ומלווה, המעודד קבלת טיפול כדי למנוע אי-הגעה לטיפול. להשגת המטרות המוצעות דרושה הכשרה הולמת לגורמים המטפלים ופיתוח מאגר נגיש של גורמי טיפול מתאימים באזורי מגורים שונים. שירותים אלו יציעו מענה בריאותי מקיף (סוציאלי, פסיכולוגי ורפואי), ויהיו מותאמים לרגישות התרבותית הנדרשת עבור הקהילה החרדית, מאפייניה והזרמים השונים בתוכה.

מגבלות המחקר וכיווני מחקר עתידיים

מבחינה מתודולוגית המחקר מעוגן בתפיסה הסובייקטיבית של האישה בלבד. שיטה זו עלולה להשפיע על מהימנות המדידה, שכן היא מבוססת על שאלונים לדיווח עצמי שעלולים להיות מוטים כתוצאה מרצייה חברתית או משימוש במנגנוני הגנה. כמו כן, הזרם הספרדי מאופיין בגמישות ובקיום אינטראקציה חברתית (כהנר ואחרים, 2012), וזרם החוזרים בתשובה כולל אנשים ששינו את זהותם האישית, ויכול להיות שבשל כך הם פתוחים יותר לשיח על תהליכים אישיים שעברו (דורון, 2013). ייתכן וזאת הסיבה לכך שנשים חרדיות מהזרם הספרדי ונשים חרדיות שחזרו בתשובה היו נכונות יותר לדווח על חוויות שליליות לעומת נשים מהזרמים הליטאי והחסידי. לא מן הנמנע, שנשים מהזרם הליטאי סובלות מתסמיני דל"ל באותה המידה ואף יותר, אך לא מורגלות לשוחח על תכנים אלו בחופשיות, שכן הזרם הליטאי מדגיש את חשיבות הקפדנות, השמרנות וההליכה בתלם (בראון, 2017).

לאור ממצאי המחקר הנוכחי, מומלץ לבצע מחקר המשך כמותני שיבדוק אם הענקה טיפול מערכתי בשירותי הבריאות (סוציאלי, פסיכולוגי ורפואי) במהלך ההיריון ולאחר הלידה, לנשים המדווחות על חוויות היריון ולידה שליליות, יכולה לסייע במניעת התפתחות תסמיני דל"ל. ראוי לערוך גם מחקר איכותני לנשים מהזרמים השונים המתמודדות עם תסמיני דל"ל, לצורך הבנת תפיסתן את מצבן ואת דרכי התמודדותן ברמה האישית, המשפחתית והקהילתית. מחקרים אלה יוכלו להעניק ידע מעמיק יותר של דרכי הטיפול המתאימות לנשים חרדיות, ולסייע בהפחתת הסיכון להופעת תסמיני דל"ל.

נקודות מפתח

- חוויות היריון ולידה שליליות קשורות לתסמיני דיכאון לאחר לידה (דל"ל) ולתסמיני דיכאון כללי.
- תסמיני דל"ל ותסמיני דיכאון כללי שכיחים יותר בקרב נשים חרדיות מהזרם הספרדי לעומת נשים מהזרמים החסידי והליטאי, ויותר בקרב נשים חרדיות שחזרו בתשובה לעומת נשים חרדיות שלא חזרו בתשובה.
- מומלץ לאתר נשים חרדיות בסיכון גבוה לתסמיני דל"ל ותסמיני דיכאון כללי בהתאם לגורמים המנבאים שעלו במחקר.

מקורות

ארביב, ר. (2015). **תחושת קוהרנטיות קהילתית ופתיחות לאחר: השוואה בין שלושה חוגים בחברה החרדית בישראל** (עבודת גמר לקבלת תואר מוסמך). באר שבע: אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

בייט-מרום, ר., גורדוני, ג. וצמח, מ. (2009). **שיטות מחקר במדעי החברה: עקרונות המחקר וסגנונותיו** (מהדורה שנייה, יחידה 5). תל אביב: האוניברסיטה הפתוחה.

בראון, ב. (2017). **מדריך לחברה החרדית: אמונות וזרמים**. תל אביב: עם עובד והמכון הישראלי לדמוקרטיה.

גלסר, ש. ובראל, ו. (1999). כלי יישומי למחקר ואיתור דיכאון לאחר הלידה. **הרפואה**, 136(10), 764-768.

- דורון, ש. (2012) מחסומי זהות והדרה בתהליך חזרה בתשובה של מזרחים-ספרדים. בתוך ק. קפלן ונ. שטדלר (עורכים), **מהישרדות להתבססות: תמורות בחברה החרדית ובחקה** (עמ' 195-214). תל אביב: הקיבוץ המאוחד ומכון ון ליר.
- דורון, ש. (2013). **המהלכים בין העולמות: "חזרה בתשובה" ו"חזרה בשאלה" בחברה הישראלית**. תל אביב: הקיבוץ המאוחד.
- דרור כהן, ש. (2010). **לקט נתונים מתוך הסקר החברתי 2009: שמירה על המסורת היהודית ושינויים במידת הדתיות לאורך החיים בקרב האוכלוסייה היהודית בישראל**. ירושלים: הלמ"ס.
- ויזל סנקרי, ר. (2013). **הקשר בין הטיה אופטימית ודפוס התמודדות לבין הכוונה לביצוע סקירת מערכות בהיריון בקרב נשים חרדיות** (עבודת גמר לקבלת תואר מוסמך). תל אביב: אוניברסיטת תל אביב.
- זיבצנר, ב. ולהמן, ד. (2012). גיוס והמרה בחברה החרדית בישראל: מפעל התשובה של ש"ס. בתוך ק. קפלן ונ. שטדלר (עורכים), **מהישרדות להתבססות: תמורות בחברה החרדית ובחקה** (עמ' 215-232). תל אביב: הקיבוץ המאוחד ומכון ון ליר.
- חליחל, א. (2011). **סדרת ניירות עבודה מס' 60: פרויקט של נשים יהודיות ומוסלמיות בישראל לפי מידת הדתיות שלהן בשנים 1979-2009**. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- כהנר, ל., יוזקוף-אורבר, נ. וסופר, א. (2012). **החרדים בישראל: מרחב, חברה, קהילה**. חיפה: אוניברסיטת חיפה.
- לוק שמר, נ. (2009). **חוויות האימהות והקשר הזוגי לאחר הולדת ילד ראשון בקרב נשים חילוניות וחרדיות** (עבודת גמר לקבלת תואר מוסמך). ירושלים: האוניברסיטה העברית.
- ליאון, נ. (2013). חרדיות ספרדיות: אידיאולוגיה קשיחה, זהות רכה. **חקר החברה החרדית**, 1, 1-20.
- ליוש, ב. (2014). **נשות הסף: נשים חרדיות מול השינוי המודרני**. תל אביב: רסלינג.
- מלאך, ג. וכהנר, ל. (2020). **שנתון החברה החרדית בישראל 2020**. ירושלים: המכון הישראלי לדמוקרטיה.
- מלחי, א. (2016). **תשובה ופרנסה. מאפייני תעסוקה בקרב בעלי תשובה חרדים**. ירושלים: מכון ירושלים לחקר ישראל. המרכז לחקר החברה החרדית.
- נוימן, ח. (2013). **התמודדותן של נשים דתיות לאומיות וחרדיות עם קשיי פרויקט: הקשר שבין תפיסת בעיית הפריון, תפיסת לחץ מהקהילה, התמודדות דתית ותמיכה זוגית לבין הסתגלות נפשית למצב** (חיבור לשם קבלת התואר דוקטור לפילוסופיה). תל אביב: אוניברסיטת תל אביב.
- פרידמן, י. (2020). **דגימה במחקרי חינוך וחברה: עקרונות, אסטרטגיות ותהליכי ביצוע**. ירושלים: מכון הנרייטה סאלד. המכון הארצי למחקר במדעי ההתנהגות.
- פרינס-אנגלסמן, ש. (2018). **התנהגויות מקדמות בריאות וחוויות סובייקטיביות של היריון ולידה והשפעתם על דיכאון לאחר לידה בקרב נשים חרדיות בישראל: מחקר מעורב שיטות** (חיבור לשם קבלת התואר דוקטור לפילוסופיה). באר שבע: אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.
- רגב, א. (2017). **דפוסי השתלבות החרדים בשוק העבודה: ניתוח פנים-חרדי והשוואה רב-מגזרית. מתוך "דוח מצב המדינה 2017"**. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- רידר אינדורסקי, א. (2018). **ושאינן נראות: פמיניזם חרדי - המקרה של "לא נבחרות לא בוחרות"**. חיפה: הוצאת פרדס.
- שריד, א., סגל-אנגלצ'ין, ד. וצוויקל, ג. (2010). גורמי סיכון ללידה טראומטית ומשמעותה מנקודת המבט של הנשים. מתוך א. שריד, ד. סגל-אנגלצ'ין וג. צוויקל (עורכות), **פסיפס גופנפש: בריאות נשים בישראל** (עמ' 67-87). באר שבע: אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

- Adams, L. B., Gottfredson, N., Lightfoot, A. F., Corbie-Smith, G., Golin, C., & Powell, W. (2019). Factor analysis of the CES-D 12 among a community sample of Black men. *American Journal of Men's Health, 13*(2),1-9. doi: 10.1177/1557988319834105.
- Adler, N. E., & Stewart, J. (2010). Preface to the biology of disadvantage: Socioeconomic status and health. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1186*, 1-4. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.05385.x
- Aldrighi, J. D., Wall, M. L., & Souza, S. R. R. K. (2018). Experience of pregnant women at an advanced age. *Revista Gaucha de Enfermagem, 39*. doi: 10.1590/1983-1447.2018.2017-0112
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Bina, R. (2008). The impact of cultural factors upon postpartum depression: A literature review. *Health Care for Women International, 29*(6), 568-592. doi: 10.1080/07399330802089149
- Bina, R. (2014). Seeking help for postpartum depression in the Israeli Jewish orthodox community: Factors associated with use of professional and informal help. *Women & Health, 54*(5), 455-473. doi: 10.1080/03630242.2014.897675
- Bina, R., & Glasser, S. (2018). Factors associated with attitudes toward seeking mental health treatment postpartum. *Women & Health, 1-12*. doi: 10.1080/03630242.2017.1421286
- Bina, R., & Harrington, D. (2016). The Edinburgh postnatal depression scale: Screening tool for postpartum anxiety as well? Findings from a confirmatory factor analysis of the Hebrew version. *Maternal and Child Health Journal, 20*(4), 904-914. doi: 10.1007/s10995-015-1879-7
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *The British Journal of Psychiatry, 150*, 782-786.
- Dennis, C. L., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2*. doi: 10.1002/14651858.CD001134.pub3.
- Engelsman, S. P., Huss, E., & Cwikel, J. (2018). How Ultra-Orthodox (Haredi) Israeli Women Cope with Normative and Difficult Pregnancy and Childbirth Experiences. *Nashim: A Journal of Jewish Women's Studies & Gender Issues, 33*, 136-157. doi: 10.2979/nashim.33.1.07
- Gabbay, E., McCarthy, M. W., & Fins, J. J. (2017). The care of the ultra-orthodox Jewish patient. *Journal of Religion and Health, 56*, 545-560. doi: 10.1007/s10943-017-0356-6
- Glasser, S., Hadad, L., Bina, R., Boyko, V., & Magnezi, R. (2016). Rate, risk, factors and assessment of a counselling intervention for antenatal depression by public health nurses in an Israeli ultra-orthodox community. *Journal of Advanced Nursing, 72*, 1602-1615. doi: 10.1111/jan.12938
- Grinstein-Cohen, O., Katz, A., & Sarid, O. (2017). Religiosity: Its impact on coping styles among women undergoing fertility treatment. *Journal of Religion and Health, 56*, 1032-1041.
- Halbreich, U., & Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders, 91*(2-3), 97-111. doi: 10.1016/j.jad.2005.12.051
- Kahveci, G., Kahveci, B., Aslanhan, H., & Bucaktepe, P. G. E. (2021). Evaluation of prevalence and risk factors for postpartum depression using the Edinburgh Postpartum Depression Scale: A cross-sectional analytic study. *Gynecology Obstetrics & Reproductive Medicine, 1-7*. doi: 10.21613/GORM.2020.1109
- Letourneau, N. L., Dennis, C. L., Cosic, N., & Linder, J. (2017). The effect of perinatal depression treatment for mothers on parenting and child development: A systematic review. *Depression and Anxiety, 34*, 928-966. doi: 10.1002/da.22687.
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*, 379-407. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612

- Peng, C. Y. J., Lee, K. L., & Ingersoll, G. M. (2002). An introduction to logistic regression analysis and reporting. *The Journal of Educational Research*, 96, 3-14. doi: 10.1080/00220670209598786
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Rania, N. (2019). Giving voice to my childbirth experiences and making peace with the birth event: The effects of the first childbirth on the second pregnancy and childbirth. *Health Psychology Open*, 6. doi: 10.1177/2055102919844492
- Sarid, O., Segal-Engelchin, D., & Cwikel, J. (2012). The contribution of negative reproductive experiences and chronic medical conditions to depression and pain among Israeli women. *Psychology, Health & Medicine*, 17, 82-94. doi: 10.1080/13548506.2011.579987
- Segal-Engelchin, D., Sarid, O., & Cwikel, J. (2009). Pregnancy, childbirth and postpartum experiences of Israeli women in the Negev. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 24, 3-25.
- Sherbourne, C. D., Dwight-Johnson, M., & Klap, R. (2001). Psychological distress, unmet need, and barriers to mental health care for women. *Women's Health Issues*, 11(3), 231-243. doi: 10.1016/S1049-3867(01)00086-X
- Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Chan, Y. H., San Tam, W. W., & Chong, Y. S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 235-248. doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.08.001.
- Simhi, M., Sarid, O., & Cwikel, J. (2019). Preferences for mental health treatment for post-partum depression among new mothers. *Israel Journal of Health Policy Research*, 8, 1-8.
- Smorti, M., Ponti, L., & Pancetti, F. (2019). A comprehensive analysis of post-partum depression risk factors: The role of socio-demographic, individual, relational, and delivery characteristics. *Frontiers in Public Health*, 7, 295. doi: 10.3389/fpubh.2019.00295
- Shwartz, N., Shoahm-Vardi, I., & Daoud, N. (2019). Postpartum depression among Arab and Jewish women in Israel: Ethnic inequalities and risk factors. *Midwifery*, 70, 54-63. doi: 10.1016/j.midw.2018.12.011.
- Teman, E., Ivry, T., & Goren, H. (2016). Obligatory effort [Hishtadlut] as an explanatory model: A critique of reproductive choice and control. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 40(2), 268-288. doi: 10.1007/s11013-016-9488-5
- Weijing, Q., Fuqing, Z., Yutong, L., Qing, L. I., & Jie, H. (2020). Psychosocial risk factors for postpartum depression in Chinese women: A meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 1-15. doi: 10.1186/s12884-021-03657-0

סוקרים ספרים

עוצמת הדרך – התמודדות משפחתית עם מחלה ומוגבלות: מודלים טיפוליים

רנה פייגין, מרגלית דרורי ושאול נבון (2020)

גני תקווה: ספר הוצאה לאור בע"מ. 197 עמודים

הספר בוחן באופן מעמיק, תאורטי ויישומי, תהליכים של התמודדות עם מצבי חולי ומוגבלות, והינו מהדורה מורחבת ועדכנית של הספר "סלילת דרך" שיצא לאור בשנת 2001. התמה המרכזית של הספר גורסת שהתמודדות עם מחלה גופנית ועם מוגבלות הינה למעשה סיפור משפחתי. בכך, הספר מעניק התבוננות תאורטית רב-ממדית על ההיבט המשפחתי בהתמודדות פיזית ורגשית עם מצבי חולי ומוגבלות. במקביל, המחברים מפרטים שיטות התערבות, כלים ומיומנויות טיפול.

הספר כולל שמונה פרקים. הפרק הראשון, "התמודדותה של משפחה עם מחלה גופנית", מציג את החשיבות במתן תשומת לב לרווחתם הנפשית של בני משפחה המתמודדים עם בן משפחה חולה. כדי לקבל ראייה רחבה על ההשפעות ההדדיות בין מאפייני המערכת המשפחתית ובין המחלה הגופנית, פרק זה מפרט מה הם המוטיבים הרגשיים האופייניים במחלה גופנית או בנכות המופיעים בפרט החולה ובמשפחה, וכן מציג שלבים ומצבים במעגל חיי משפחה.

הפרק השני, "תשישות החמלה בקרב מטפלים עיקריים", מציג הקשר רחב להבנת המושג "תשישות חמלה" כמפתח מרכזי בהבנת התמודדותם של מטפלים עיקריים. בפרק זה מובא הסבר מפורט על אודות הביטויים השכיחים של תשישות חמלה, מוצעות דרכים להתמודדות איתה, ודרכים שבהן ניתן למנוע אותה.

הפרק השלישי, "מודלים טיפוליים של משפחה, מחלה ומוגבלות", מציג תשתית תאורטית של מודלים מרכזיים, המסייעים להבנת התמודדותה של משפחה עם חולי ועם מוגבלות. המודלים המוצגים הינם: המודל הביו-פסיכו-סוציאלי; המודל הביו-פסיכו-סוציאלי המשפחתי; מודל WCC – מודל רווחה במצבי חולי כרוני; מודל המשפחה הפסיכוסומטית; מודל ABCX; מודל Double ABCX – מודל החוסן המשפחתי; ומודל טיפולוגיה של מחלה – מודל אינטגרטיבי לטיפול.

הפרק הרביעי, "מודל להתערבות טיפולית קצרת מועד עם החולה ומשפחתו במסגרת אשפוז", מתאר מודל להתערבות משפחתית קצרת מועד במסגרת אשפוז בבית חולים. המודל משלב התייחסות להיבטים קוגניטיביים, רגשיים, התנהגותיים ומשפחתיים בנוגע למצבי חולי והחלמה. בעזרת המודל, המטפל יכול להביע את דעתו באשר לפער שנוצר בין העומס הרגשי והמעשי המוטל על החולה ומשפחתו לבין הלחץ שהם נחשפים אליו בשל המחלה, האשפוז הקצר והאחריות המוטלת עליהם להמשך הטיפול.

הפרק החמישי, "רווחה במצבי חולי כרוני: מודל התערבות אינטגרטיבי", מפרט את מודל ההתערבות האינטגרטיבי, שמטרתו לסייע לחולים ולבני המשפחה להתנהל עם המחלה הכרונית ועם הטיפול בה, לשם השגת רווחה לאורך זמן במציאות משתנה. המחברים מציגים את הרקע התאורטי העומד בבסיס המודל, את המרכיבים של המודל וטכניקות התערבות המבוססות עליו.

הפרק השישי, "מודל מחלה/אי-מחלה: פסיכותרפיה בחולים עם מחלה גופנית ואנשים עם נכות", מציע המשגה תאורטית של מחלה גופנית וסקירת מאפיינים מרכזיים-ייחודיים לפסיכותרפיה במחלה גופנית. בפרק נכללים תיאורי מקרה המדגימים את השינוי שחל במטופל במהלך טיפול, באמצעות עבודת הדיפרנציאציה, המדגישה את ההפרדה בין גורמים הקשורים למחלה לבין אלו שאינם קשורים אליה או נובעים ממנה.

הפרק השביעי, "התערבות קבוצתית חד-פעמית למטפלים עיקריים בן משפחה חולה", מציג מודל להתערבות קבוצתית חד-פעמית, המבוסס על עקרונות ההתערבות בשעת משבר ועל הגישה ההתנהגותית-הקוגניטיבית. בפרק מוצג תיאור מפורט של כל שלבי פעילות הקבוצה אשר הנחו עובדות סוציאליות במחלקה פנימית בתל השומר עבור מטפלים עיקריים בחולים קשישים ומוגבלים שהיו מאושפזים באותה עת.

הפרק השמיני והאחרון, "מודל התערבות קבוצתית במשפחה המתמודדת עם חולי או מוגבלות", מתאר מודל התערבות קבוצתית של כמה מפגשים, ומכיל תיאור מפורט של ארבעת השלבים המרכזיים בהתפתחותה של קבוצה הממוקדת בתחום בעיה ספציפית (התמודדות עם מחלה או מוגבלות): א. הסתכלות מנקודת מבט אישית. ב. התייחסות קבוצתית. ג. החיים והתפקוד היום-יומי. ד. סיום העבודה בקבוצה ופְרָדה. בפרק מוצגות דוגמאות משלוש קבוצות מתועדות.

הספר "עוצמת הדרך" תורם משמעותית להבנת ההיבטים המשפחתיים בתהליכי התמודדות עם מצבי חולי ומוגבלות. בשנים האחרונות חל שינוי מבורך במערכת הבריאות בהבנה משפחת האדם החולה מהווה חלק אינטגרלי מהליך הטיפול וההחלמה במסגרת אשפוז ובקהילה ובעקבות זאת - שיתופם בתהליכי קבלת החלטות. כדי להעניק לבני המשפחה מענה הולם לצרכיהם הרגשיים והקונקרטיים בהליכים אלה, חשוב להתאים את ההתערבות על בסיס גופי ידע תאורטיים וישומיים עדכניים ומותאמים. ספר זה מהווה כלי שימושי ליישום וליצירת מענים הולמים לבני משפחה המתמודדים עם מצבי חולי ומוגבלות של יקיריהם. עם זאת, מכיוון שספר זה יצא לאור כ-20 שנים לאחר המהדורה הראשונה, היה מקום להוסיף התייחסות להשפעה של שינויים רפואיים וטכנולוגיים שעברה מערכת הבריאות ושל דרכי אספקת שירותי בריאות בשני העשורים האחרונים על ההתייחסות למשפחה כחלק בלתי נפרד מהטיפול. כמו כן, ניתן היה להתייחס יותר לשינויים שעברו המקצועות הפרה-רפואיים השונים במערכת הבריאות, לדוגמה: סיעוד ועבודה סוציאלית.

לסיכום, הספר מומלץ לקריאה וליישום המלצותיו, בעיקר לאנשי מקצוע, לסטודנטים במקצועות הבריאות, אך גם לאנשים חולים ולבני משפחותיהם, ולכל מי שמעוניין לחשוב ולהרהר על סוגיות תאורטיות ומעשיות העולות במצבי חולי ומוגבלות.

סוקרת: שירי שגן-אלטמן

חדש על המדף

במדור הפעם נסקרים ארבעה ספרים שהגיעו אל המערכת במהלך חודשי האביב של שנת 2021. ביניהם נמצא ספר על אשמה בעידן הקפיטליסטי (גולדברג), ספר על טיפול משפחתי באוריינטציה מערכתית (אלמגור טיקוצקי), ספר על העברה בין-דורית (שמואל) וספר על עדות אישית על הפרעה דו-קוטבית (וויסבורד ארד).

עודד גולדברג (2020). מפרויד עד איין ראנד: פרקים בתולדות רגש האשמה בעידן הקפיטליסטי.
תל אביב: הוצאת רסלינג. 271 עמודים.

במרכז ספרו המרתק של עודד גולדברג עומדת בחינה של האופן שבו השיח הטיפולי הפך להיות השיח הדומיננטי במהלך המאה ה-20. גולדברג קושר את השפעתה הניכרת של התאוריה הפסיכואנליטית על החברה ועל התרבות העולמית כשלושה בהתחזקותה של המגמה הקפיטליסטית-צרכנית בתקופה הנוכחית. תוך כדי ניתוח בהיר של תאוריות פסיכואנליטיות, חברתיות וכלכליות, מתמקד גולדברג ברגש האשמה כחוויה מכוננת של זהות הסובייקט בעידן המודרני. גישתו הבין-תחומית והכשרתו הקלינית של גולדברג מאפשרת לו מצד אחד פרספקטיבה רחבה על התפתחות השדות השונים שאותם הוא מנתח, ומצד שני התבוננות ממוקדת ומפורטת באופנים שבהם השיח הפסיכולוגי התפתח במקביל לשינויים החברתיים במאה השנים האחרונות. בספר חמישה פרקים המנתחים את מבעיו השונים של רגש האשמה בתאוריה הפסיכואנליטית על ענפיה השונים, ואת הממשק ביניהם לבין תרבות הצריכה הקפיטליסטית. מומלץ מאוד לכל מי שהקשרים החברתיים והתרבותיים של הפסיכואנליזה יקרים לליבו.

רוני אלפנדרי

משה אלמגור טיקוצקי (2021). הבעיה היא הפיתרון: טיפול ביחיד, בזוג ובמשפחה בגישה פונקציונלית-דיאלקטית-מערכתית. תל אביב: הוצאת רסלינג. 261 עמודים

פרופ' (אמריטוס) משה אלמגור טיקוצקי הוא פסיכולוגי שיקומי-קליני ומטפל משפחתי בעל שם בישראל. מעבר לקריירה אקדמאית עשירה, הוא מנהל קריירה של יותר מארבע עשורים כמטפל פרטני, זוגי ומשפחתי. בספר זה אלמגור טיקוצקי מציג תיאורי טיפול בדיוניים (בנוסף לתיאור טיפול ממשי שנכתב מנקודת מבטה של המטופלת עצמה) שדרכם הוא מדגים את עיקריה של התאוריה והפרקטיקה הפונקציונלית-דיאלקטית-מערכתית שאותם הוא מיישם בעבודתו ובמחקריו. בפרק הראשון של הספר הוא מפרט בבחירות את האופנים שבהם התפיסה הפונקציונלית-דיאלקטית-מערכתית התפתחה לאורך השנים. בפרקי הספר האחרים, מוצגים תיאורי מקרה שהם כאמור בדיוניים, אולם מבוססים על ניסיונו הקליני העשיר. גישתו הבסיסית מושתתת הן על ההבנה כי התפתחותו, זהותו והתנהגותו של היחיד ניתנת להבנה אך ורק כחלק אינהרנטי מהמערכות הזוגיות, המשפחתיות והחברתיות שבהן הוא חי, והן על היותה תואמת במידה רבה את הלך הרוח המקובל כיום בשדה הטיפולי. הספר עשיר בתובנות תאורטיות ומעשיות רבות, ומומלץ ביותר לכל איש מקצוע העוסק בשדה הטיפולי.

רוני אלפנדרי

נעמי שמואל (2020). **דורות של תקווה: מסורת והעברה בין-דורית עם העלייה מאתיופיה**. חיפה: פרדס הוצאה לאור. 258 עמודים.

ד"ר נעמי שמואל, אנתרופולוגית וסופרת, מתמודדת בספר זה עם סוגיה שממשיכה להיות בוערת במדינת ישראל של המאה ה-21: שילובן של קהילות עולים (או מהגרים) בחברה הקיימת. הרקע האישי של המחברת כבת של מהגרים מאירופה הנאצית שהתמודדה כל חייה עם שאלות של זהות ושל השתייכות. המפגש האישי והמקצועי שלה עם הקהילה של יוצאי אתיופיה הביא אותה להתמודדות עם שאלה רבת משמעות: כיצד מושפעות המסורת והתרבות של הקהילה המהגרת מהמפגש עם המדינה החדשה שאליה הגיעה. בספר 16 פרקים המתארים היבטים שונים של סוגיה זו, כפי שהתבררו במחקר האיכותני שערכה, כמו: המפגש עם מערכת החינוך הישראלית, השינוי שחל בתפיסות המגדריות והמסורתיות של משפחות העולים, והאופנים שבהם העברה בין-דורית ממשיכה להשפיע על עיצוב זהותם של בני הדור השני והשלישי של העולים. המחברת לא נרתעת מהתמודדות עם סוגיות קשות כמו השינוי שחל בתפיסה של ההרכב המשפחתי ושל יחסי הכוח שבתוכה עקב המפגש עם קהילות חדשות בישראל. ספר חשוב זה מצטרף לאוצר הגדל והולך של ספרות מחקרית העוסקת בהגירה ובהשפעות הפסיכולוגיות, המשפחתיות והחברתיות הנובעות ממנה. הספר כתוב היטב ומנוסח באופן מהודק ובהיר. הוא מומלץ לכל איש מקצוע העובד עם אוכלוסיות מהגרים ומתעניין במפגש הרב-תרבותי המתקיים בישראל.

רוני אלפנדרי

נאוה וויסבורד ארד (2020). **מקרה מעניין**. תל-אביב: ספרי ניב. 167 עמודים.

ספר הביכורים של נאוה וויסבורד ארד ייחודי ביותר בכך שהוא מביא את עדותה כאישה שהתמודדה עם הפרעה דו-קוטבית, ותוך כדי התמודדות זו תיעדה את חוויותיה. הספר מורכב מקטעי יומן, תכתובות עם גורמי הטיפול השונים ותיאור של מצבים קיומיים מורכבים. שפתה של וויסבורד ארד היא עשירה ופשוטה בה-בעת. היא מנסה, ולרוב מצליחה, לתאר מצבים נפשיים מורכבים, באופן שמאפשר לקורא להציץ לתוך נפשה. אך אין זו הצצה חודרנית, אלא כזו המקרבת את הקורא לנבכי נפשו שלו עצמו, ומאפשרת להבין טוב יותר את המסע המופלא, המפרך והמייסר שכל מתמודד עם מחלת נפש עובר. היא כותבת: "האם אני מאמינה שהספר הזה ישנה את ההשקפה של הציבור על מחלות נפש? הסיכויים לא גבוהים.... אז מה אני כן רוצה להשיג? מה שאפשר. קצת מפה ומשם. פירורי לחם, כמו ב'עמי ותמי', ושאדע גם לחזור משם...." (עמ' 164). ספר מרגש וחשוב זה מדגים שוב את כוחה המרפא של הכתיבה. הוא מומלץ ביותר לכל אדם באשר הוא, ובמיוחד לאנשי מקצוע המטפלים באנשים המתמודדים עם מחלות נפש.

רוני אלפנדרי

חברה ורווחה

SOCIETY and WELFARE

Quarterly for Social Work



**Special Issue:
Social Work in Health Care**

Guest Editors:
Dr. Shiri Shinan-Altman and Dr. Lisa Abarbanel Cna'ani

June 2021 | VOL. 41 | No. 2



Hevra Urevaha (Society and Welfare) is a quarterly journal, which aims to broaden and enhance the theoretical, empirical, and practical knowledge of social workers as well as other helping professionals in Israel. The journal publishes articles that deal with a broad range of aspects relating to social work practice, research, theory and education, that enhance understanding of various social and welfare issues and may contribute to interventions and policy. The editorial board of *Society and Welfare* will only consider original articles that meet academic criteria, that have not been published previously, and that deal with the journal's fields of interest as determined by the board from time to time. All manuscripts are subject to peer-review.

The following types of articles are included in the journal: empirical research (quantitative or qualitative – up to 9,000 words); descriptions of unique interventions (“practice wisdom” – up to 6,000 words); review articles and critiques of a theoretical approach or policy (up to 6,000 words); “perspective” articles describing an innovative approach to dealing with a substantive social or welfare issue (up to 3,000 words). Manuscripts should be submitted in an updated version of Microsoft Word, double spaced using 12-point Times Roman or David font, and should be prepared in accordance with the detailed guidelines for authors. Manuscripts should be submitted to the editorial office at the following e-mail address: socwelf@gmail.com

For more details, see the guidelines for authors published on the Society and Welfare page of the Ministry of Social Affairs and Social Services website.

http://www.molsa.gov.il/CommunityInfo/Magazine/Pages/RM_05_03.aspx

Editorial Office:

Prof. Varda Soskolne
Louis and Gabi Weisfeld School of Social Work
Bar-Ilan University
Ramat Gan 5290002
E-Mail: socwelf@gmail.com

Distribution and internet:

Lea Cohen
Divison of Planning, Research and Training
Ministry of Labor, Welfare, and Social Traning
234 Yaffo St. Jerusalem
Tel: 074-7177262. Fax: 02-5085792
Email: leac@molsa.gov.il

Design & Accessibility: Ronen David, ACC Studio www.acc.org.il

Editorial Board:

Yosef (Asi) Aharonov
Ministry of Social Affairs

Shalhevet Attar-Schwartz
Hebrew University

Liat Ayalon
Bar-Ilan University

Asher Ben-Arieh
Hebrew University

Eli Buchbinder
Haifa University

Ayala Cohen
Tel-Hai Academic College

Orly Dvir
Association of Social Workers

Yael Giron
Zefat Academic College

Hillah Haim-Zweig
Ministry of Social Affairs

Yaira Hamama-Raz
Ariel University

Inbal Hermoni
*The Association for the
Promotion of Social Work*

Carmit Katz
Tel-Aviv University

Eyal Klonover
Ashkelon Academic College

Orit Nuttman-Shwartz
Council of Social Work

Einat Peled
Tel-Aviv University

Ronit Reuven – Even Zahav
Ruppin Academic Center

David Roe
Haifa University

Vered Slonim-Nevo
Ben-Gurion University

Alan York
*The Association for the
Promotion of Social Work*

SOCIETY AND WELFARE

quarterly for
social work

www.molsa.gov.il

Prof. Varda Soskolne
Editor in Chief

Dr. Rony Alfandary
Book Review Editor

Dana Schiller
Hebrew Editor

Mimi Schneiderman
English Editor

Hadar Eini
Administrative Coordinator

June 2021

VOL. 41
2

Published by the Ministry
of Social Affairs and the
Association for the Promotion
of Social Work, in collaboration
with the Israeli Association of
Schools of Social Work

ISSN 0334-4029

Special Issue: Social Work in Health Care

Guest Editors:
Dr. Shiri Shinan-Altman and Dr. Lisa Abarbanel Cna'ani

TABLE OF CONTENTS

- 171 **From the Desk of the Editor-in-Chief**
- 172 **From the Desk of the Guest Editors**
- 174 **Being the social worker of COVID-19 quarantine hotels**
Copy of a post A Post from May 9, 2021
Shoham Samson
- 176 **“How the World Turns Around”: Mental Health Responses to Covid-19 Pandemic and Implications for Social Work**
Shiri Shinan-Altman, Liza Abarbanel Cna'ani and Varda Soskolne
- 191 **Social Work Services in Community Health Care in Israel During COVID-19**
Neta Harel, Liza Abarbanel Cna'ani, Yishai Qom, Nurit Eitan Gutman, Tova Katz and Malka Prager
- 206 **Social Workers' Contribution to and Challenges in Community Health Care Services in Israel**
Tali Cinamon and Paula Feder-Bubis
- 232 **ISOAPS Model of Social Work Documentation: Implementation in Clalit Health Services**
Shir Daphna-Tekoah, Nurit Eitan Gutman and Uri Balla
- 258 **Utilization of Evidence-Based Clinical Practices for the Development, Assimilation, and Implementation of Psychosocial Assessment in a Pediatric Rehabilitation Department**
Yaara Sadeh, Tamar Silberg, Dina Elad, Pnina Liber, Wendy Chen, Rachel Dekel, Dafna Guttman, Amichai Brezner and Jana Landa
- 277 **Pregnancy and Childbirth Experiences and Their Relationship to Post-Partum Depression Among Different Subgroups of Ultra-Orthodox Women in Israel**
Shimrit Prins-Engelsman and Julie Cwikel
- 295 **Book Reviews**
- 297 **New on the Shelf**
- 302 **English Abstracts**

How the World Turns Around: MENTAL HEALTH RESPONSES TO COVID-19 PANDEMIC AND IMPLICATIONS FOR SOCIAL WORK

Shiri Shinan-Altman, Liza Abarbanel Cna'ani and Varda Soskolne

Background: The COVID-19 outbreak brought severe health, economic and social consequences worldwide, and had a substantial impact on mental health.

Aim of the article: To provide an updated description of the mental reactions to the COVID-19 epidemic among the most vulnerable populations, with an emphasis on what is known from Israel.

Method: Summary of studies and systematic reviews on general psychological distress, depression and anxiety among the general population, the elderly, patients with chronic diseases, and among those in the frontline of the epidemic: healthcare workers, COVID-19 patients and recovering patients. We reviewed the prevalence of mental responses and risk and protective factors for these responses.

Results: Consistent evidence among all the populations showed high rates of psychological distress. Depression and anxiety rates were highest among COVID-19 patients or patients with chronic diseases, followed by healthcare workers and were lowest among the general population, within which the rates were lower among older adults. PTSD rates were highest among COVID-19 patients followed by healthcare workers. Various psychosocial factors were found to be risk (e.g., loneliness, burnout among healthcare workers) or protective factors (resilience, social support).

Conclusion and implications for practice: The high anxiety and depression rates in responses to COVID-19 call for adaptation of interventions to epidemic times, and to the changes that occur during those times, as well as to the characteristics of the population. Longitudinal studies are required to evaluate the continued mental impact on these populations and on other, emerging vulnerable populations. Social work has already played an important role in coping with COVID-19, but additional training and adaptation of intervention methods are required.

Keywords: Covid-19, mental health, general population, healthcare workers, COVID-19 patients, social work

MANAGING SOCIAL WORK SERVICES IN COMMUNITY HEALTHCARE IN ISRAEL DURING COVID-19

Neta Harel, Liza Abarbanel Cna'ani, Yishai Qom, Nurit Eitan Gutman, Tova Katz and Malka Prager

Background: Social work services operate at four health management organizations in Israel, where the directors manage and navigate the COVID-19 challenges.

Aims: To describe and explore the management of social work services during COVID-19, with emphasis on: 1. HMO crisis management; 2. redefining social work services; 3. the experiences and challenges of the directors.

Method: Semi-structured interviews with four directors of social work services and their analyses, to reveal principles and introspections.

Main findings: The COVID-19 pandemic was perceived as an emergency event, and HMOs have structured protocols for emergencies. The directors take part in decision-making and control services at the health division levels. The COVID-19 pandemic generated a shift in HMO services in terms of consumers, partnerships, initiatives, interventions, as well as in terms of the visibility and recognition of social work. All directors attested to a scarcity of resources in face of a huge workload. All attested to managing in a constantly changing environment, and saw an opportunity for growth in the field. Significant variations in coping methods, and development of responses or management role perspectives were not observed.

Conclusions: The COVID-19 pandemic was experienced as a managerial and professional challenge, which led to change, opportunity and development in the field of social work.

Implications for practice: Social work in community healthcare is important for coping with COVID-19, and for protecting the health of the individual and the public. It contributes significantly to achieving treatment goals, efficiency, and inter-organizational support.

Key words: Social work, COVID-19, VUCA, organizational resilience, telehealth

SOCIAL WORKERS' CONTRIBUTION AND CHALLENGES IN THE COMMUNITY HEALTH CARE SERVICES IN ISRAEL

Tali Cinamon and Paula Feder-Bubis

Background: Social workers have been part of the health care professions for over a century, but their integration into community health care services is relatively new. The scanty research on their role reveals the vagueness of their contribution to supporting medical care, notwithstanding their potential. As employees of financially strained health care organizations, and because social workers no longer enjoy exclusivity in psychosocial intervention, it is important that they define their contribution to their organizations.

Aims: This study aimed to explore social workers' perceptions of their contribution to community health care services and the challenges they face.

Methods: The study was based on findings of a qualitative study that included in-depth, semi-structured interviews with 16 social workers. Maximum-variation sampling was employed. Data were analyzed on the basis of thematic analysis principles.

Findings: The participants defined their role in comprehensive psychosocial intervention, which combines emotional and instrumental support aimed at helping patients and families cope effectively with their illness and enhancement of holistic health care services. The social workers' contributions and challenges were grouped into four main themes, according to the service recipients: patients, families, the team, and the health care system.

Conclusions and implications: The findings reveal the significant contribution of social workers to patients with chronic conditions, as well as to the interdisciplinary team and to the health care system. The study emphasizes the challenges that social workers face in upholding their professional values as well as in clarifying their identity and boundaries in health care "host agencies". It is important to recognize their contribution in light of the ongoing changes in primary healthcare among the aging population and the expansion of health services in the community.

Key words: Social work in healthcare, professional identity, community healthcare, interdisciplinary team, qualitative research

ISOAPS MODEL OF SOCIAL WORK DOCUMENTATION: IMPLEMENTATION IN CLALIT HEALTH SERVICES

Shir Daphna-Tekoah, Nurit Eitan Gutman and Uri Balla

Background: Systemic documentation is essential in the practice of social work. Collaboration between academics and social work health care services enabled adaption of the medical documentation model of SOAP to the field of social work, by creating the novel ISOAPS model (Introduction, Subjective, Objective, Assessment, Plan, Summary).

Aims: To describe the ISOAPS model and its implementation in the field of social work as a tool for standardization of documentation, as well as for enhancement of multidisciplinary collaboration.

Methods: We examined the changes in standardization using a mixed quantitative and qualitative methodology, both pre- and post-implementation of the model. A review of social workers' documentation was carried out by medical staff and social workers in the Clalit Health Care Services. After implementing the documentation, semi-structured qualitative interviews were carried out.

Main findings: The rate of reviewers that appreciated their documentation as correct rose from 46% prior to 61% after implementation. Post-implementation, 81% of social workers noted that their documentation was standardized. The training process prepared them well for the change in documentation and most of them (83%) started using the model on a regular basis. The qualitative data indicate that the use of ISOAPS creates uniform documentation, improves standards, and is important for the teaching of social work students.

Conclusions: ISOAPS standardizes documentation and promotes communication between social workers and medical staff.

Implications for practice: The ISOAPS model may serve as an effective documentation tool in social work and may contribute to the profession of social work as a whole.

Key words: SOAP, ISOAPS, social work, medical teams, professional documentation

UTILIZATION OF EVIDENCE-BASED CLINICAL PRACTICES FOR THE DEVELOPMENT, ASSIMILATION, AND IMPLEMENTATION OF A PSYCHOSOCIAL ASSESSMENT IN A PEDIATRIC REHABILITATION DEPARTMENT

Yaara Sadeh, Tamar Silberg, Dina Elad, Pnina Liber, Wendy Chen, Rachel Dekel, Dafna Guttman, Amichai Brezner and Jana Landa.

Background: In health systems, there is little evidence regarding the processes by which evidence-based assessments and screenings are integrated into clinical practice.

Aim: The current study aimed to describe the development, assimilation, and implementation of an evidence-based psychosocial assessment within a pediatric rehabilitation department where children undergo treatment after traumatic medical events.

Method: The article describes a two-stage process for developing and integrating evidence-based assessment: first, preparation work conducted in collaboration with the Rehabilitation Department stakeholders; second, the development of a support system for the early stages of implementation. A psychosocial assessment was conducted among 436 families based on the following questionnaires: Child's posttraumatic stress symptoms (PTSS) (child self-report, parent report, therapist report); parents' PTSS (mother and father self-reports, therapist report); and a psychosocial assessment tool (PAT) (parent report) for the screening of psychosocial risk factors.

Findings: Families and department staff collaborated in the process of assimilating the psychosocial assessment protocol. The evaluation findings indicated that 29% of the children, about 25.7% of the mothers, and about 18% of the fathers reported PTSS above the clinical threshold. The three-tiered level of risk revealed that 47% of the families were classified as low-risk (universal), 39% as moderate risk (targeted), and 14.5% as high-risk (clinical).

Conclusions: It is essential to integrate clinical knowledge and the latest evidence from the literature, as well as to consider patients' attitudes and perceptions when performing psychosocial

assessments in pediatric rehabilitation departments. In the public health system, this integration is crucial for making professional therapeutic decisions based on the latest evidence.

Key words: Child's adjustment, parenting, posttraumatic stress, rehabilitation, evidence-based assessment

PREGNANCY AND CHILDBIRTH EXPERIENCES AND THEIR RELATIONSHIP TO POST-PARTUM DEPRESSION AMONG DIFFERENT SUBGROUPS OF ULTRA-ORTHODOX WOMEN IN ISRAEL

Shimrit Prins-Engelsman and Julie Cwikel

Background: Israeli ultra-Orthodox women have a high birthrate compared to other Jewish Israeli populations. Yet, little is known about how reproductive events affect symptoms of post-partum depression (PPD).

Aims: To explore whether pregnancy and childbirth experiences and religious affiliation predict symptoms of PPD and general depression among ultra-Orthodox women.

Methods: A cross-sectional survey was distributed to a stratified sample of 256 Haredi women belonging to Sephardi, Lithuanian, and Hassidic subgroups, including women in the three subgroups who were newly religious. Factors predicting symptoms of PPD and depression were analyzed using hierarchical regression.

Main findings: Half of the women had undergone at least one difficult or traumatic childbirth. The rate of PPD for the whole sample was 22%, with the highest rate among women from the Sephardi sector (34%) in comparison with the Lithuanian women (16%) and Hassidic women (14%). Those who had become newly religious had higher rates of PPD (33%) than those who were born ultra-Orthodox (19%). In the multivariate analysis, we found that pregnancy and birth experiences among Sephardi women as well as among those who are newly religious, older, and those with fewer children predicted symptoms of PPD and general depression.

Conclusions: It is suggested that employees in the health system should promote a tailored and culturally sensitive medical and social response based on knowledge of the various characteristics of ultra-Orthodox society. This recognition will make it possible to locate and provide an appropriate response for ultra-Orthodox women who are at risk for developing PPD and depression.

Key words: Ultra-Orthodox women, newly Orthodox, pregnancy, childbirth, post-partum depression, depression.